

MRI 検査問診票・同意書



検査を安全にお受けいただくための質問です。該当する解答の□にチェック☑をして下さい。

1 MRI検査を受けるのは初めてですか？ いいえ はい

2 体内に以下のような、医療用の金属・機器・人工物がありますか？

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ☆心臓ペースメーカー(MRI対応を含めて)、埋め込み型除細動器:ICD | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ☆可変圧式バルブシャント(脳室シャント・V-Pシャント) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ☆人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ☆脊髄刺激装置、脊椎管内リード線 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ☆妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？(3カ月未満) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

禁忌事項 当院では検査が行えません。 確認者【 】

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| ☆脳動脈クリップ(脳外科の手術後8週間未満)・MRI非対応(不明) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ☆消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ☆心臓や血管内の金属類・人工物 | | |
| <人工心臓弁、ステント(8週間未満)、コイル、人工血管、フィルター、リード線など> | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ☆気管や食道、胆管などの金属ステント(8週間未満) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ☆脊椎固定具、人工関節、人工骨頭(整形外科手術) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

3 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい。

- | | |
|---------------------------------------|------|
| ・義眼 ・義足 ・義手 ・体内置き針 | ・その他 |
| ・歯列矯正器具 ・避妊リング ・カラーコンタクトレンズ | |

4 刺青(タトゥー)を入れてますか？ いいえ はい

5 閉所恐怖症はありますか？ いいえ はい

6 痛み・咳・しびれなどで、約20分程度の静止が困難ですか？ いいえ はい

医師確認事項(医師に再度確認し検査をするか指示を受ける) 確認者【 】

同意書

上記の問診の意義および注意事項、検査の必要性について説明を受け、質問する機会を得ました。

また、「MRI検査を受けられる患者さまへ」を読み納得しました。

MRI検査を実施する事に同意します。

令和 年 月 日

患者または家族・代理人の署名 【続柄: 】

令和 年 月 日 依頼・確認医師