

MRI 検査問診票兼同意書

患者番号	予約日時
患者名	検査名
生年月日 (歳)	診療科
性別	医師

○ 体重 _____ Kg 【既往歴確認者】 看護部 _____ 放射線部 _____

安全な検査を行うため、以下の項目にお答えください。

以前にMRIの検査を受けたことがありますか。 [はい ・ いいえ]
 はいと答えられた方、それはいつ頃ですか。 [_____ 年 _____ 月頃]

①から⑥に該当する方は検査ができません。

- ①心臓ペースメーカーを使用している。 [はい ・ いいえ]
- ②人工内耳の手術をしている。 [はい ・ いいえ]
- ③体内に電子機器（神経刺激装置等）がある。 [はい ・ いいえ]
- ④流量調節可能なシャントチューブがある。 [はい ・ いいえ]
- ⑤妊娠している。 [はい ・ いいえ]
- ⑥入墨・アートメイクがある。 [はい ・ いいえ]

⑦から⑭に該当する方は、処置を受けた医療機関へMRI検査が可能か、確認をお願いいたします。

- ⑦心臓人工弁がある。 [はい ・ いいえ]
- ⑧脳動脈瘤クリップや外科的手術によるクリップがある。 [はい ・ いいえ]
- ⑨ステントや、その他体内金属がある。 [はい ・ いいえ]
- ⑩整形外科手術にて、人工関節等の金属がある。 [はい ・ いいえ]
- ⑪磁石を利用した義眼や入れ歯（インプラント）等をしている。 [はい ・ いいえ]
- ⑫避妊具（IUD）を入れている。 [はい ・ いいえ]
- ⑬閉所恐怖症である。 [はい ・ いいえ]
- ⑭眼などに外傷などで鉄粉が入っている。 [はい ・ いいえ]

検査によっては、薬剤（造影剤）を用いることがあります。

以下の項目について確認をお願いいたします。

- ・気管支喘息がある。 [はい ・ いいえ]
- ・重篤な腎障害がある。（eGFR値が30以下の場合は禁忌） [はい ・ いいえ]
- ・重篤な肝障害がある。 [はい ・ いいえ]
- ・消化管疾患がある。（MRCP時） [はい ・ いいえ]
- ・アレルギーがある。 [はい ・ いいえ]
- ・以前造影検査で気分が悪くなったことがある。 [はい ・ いいえ]

MRI 検査同意書

MRI 検査について説明を受け十分理解し、検査を受けることに同意します。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人又は代理人（続柄 _____）署名 _____