

MRI検査問診票・同意書

カナ氏名

様 紹介元医療機関名

検査日

医師署名

問診日

MRI検査室内は、常に強い磁場が生じています。体に及ぼす影響は少ない安全な検査ですが、より正確で安全に検査を受けて頂く為に以下の質問にお答えください。

下記の項目に該当する方はMRI検査を受けることが出来ない場合がありますのでご了承ください。

問診

禁忌項目 該当にチェックを入れてください。

- 心臓ペースメーカー（MRI対応型でも不可）
- 体内埋め込み式の装置（人工内耳、体内自動除細動器、神経刺激装置、骨成長刺激装置など）
- 6ヶ月以内に施行されたクリップ、ステント術、心血管留置カテーテル
- 妊娠されている方（胎児に対する安全性が確率されていないため）

上記の禁忌項目に該当しない

要確認項目 該当にチェックを入れてください。

該当時は処置を受けた医療機関にMRI検査が可能かご確認下さい。

- 手術で体内に金属が入っている方（該当するものに○印で囲んでください。

脳動脈瘤クリップ 人工心臓弁 VPシャント 義眼 人工骨頭・関節 プレート 髄内釘
クリップ ワイヤー ステント コイル 体内留置カテーテル 避妊リング 置き針
その他（ ）

- 怪我、仕事等により金属片や金属粉が体内に入ってる可能性がある。
- マグネットタイプの入れ歯
- 刺青 アートメイクをしている。
- コンタクトレンズ ネイルアート（検査前に外していただきます）

上記の要確認項目に該当しない

以前にMRI検査を受けたことがありますか

あり 年 月 日

なし 体重 kg

確認項目 該当にチェックを入れてください。

- 閉所恐怖症がある。
- 電磁場に過敏である。

上記の確認項目に該当しない

同意書

上記について十分に理解したうえで、MRI検査を受ける事に同意します

年 月 日

患者署名

代理人署名

*本人が困難な場合代理人署名をお願いします。