MRI 検査問診表・同意書

カルテ No

氏　　名
生年月日
依 頼 日

MRI 検査は、強い磁力を使用して検査を行います。
安全に検査を施行するため、下記の項目について記入をお願いします。

※問診票の結果によっては、MRI 検査をお受けすることができない場合があります。

1　体内に以下の器具等を装着している　（はい　いいえ　わからない）
□ 心臓ペースメーカー　□ 人工内耳　□ 除細動器
□ 神経刺激装置　□ 骨成長刺激装置
□ 脳室シャント(水頭症)シャントチューブ
□ 持続型血糖測定装置(CGM) リブレ、デスクコム 等

2　今までに下記項目の手術を受けたことがあり体内に医療用金属材料がある。　（はい　いいえ　わからない）
□ 脳動脈クリップ　□ 人工心臓弁　□ ステント　□人工関節
□ その他のデバイス（　　）

3　義眼(磁石で眼窩内に固定されている場合)・人工角膜を使用している　（はい　いいえ　わからない）

4　MRI 検査を以前に受けたことがある。　（はい　いいえ　わからない）　年　月頃
その時に体が熱く感じるなどありましたか　（はい　いいえ　わからない）

5　騒音が苦手、閉所恐怖症の可能性がある　（はい　いいえ　わからない）

6　入れ墨、アートメイク、マグネットネイル等を施している　（はい　いいえ　わからない）
(種類によっては、やけど、変色、変形の可能性があります。)

7　手術以外で体内に金属が入っている(金属片や弾丸など)　（はい　いいえ　わからない）
かつら、ヘアピン、頭髪用パウダー、カラーコンタクトなどつけている
カイロ、エレキバン、貼薬などつけている

女性の方は、お答えください。
1　妊娠もしくはその可能性がある　(　　)週　（はい　いいえ　わからない）
2　子宮内の避妊器具を挿入している　（はい　いいえ　わからない）

同 意 書

私は、MRI 検査を受けるにあたり、検査の説明や上記の説明と問診内容を理解し、MRI 検査を受けることに同意します。

記入日　　年　　月　　日

身長　　cm　　体重　　kg　　患者様(代理人) 署名

依頼医師記載欄　MRI 検査の実施　□可　□不可　　医師署名
不可の理由(　　)
放射線技師記載欄　□問診票　□患者の身体　　技師署名

医療法人 桜希会 東朋八尾病院