

MRI検査問診票・同意書

氏名

様

紹介元医療機関名

問診日

医師署名

MRI検査室内は、常に強い磁力が生じています。

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ために以下の質問にお答え下さい。

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下さい。

問診

禁忌項目 該当に☑ チェックを入れて下さい。 (該当する場合は検査不可となります)

- 心臓ペースメーカー (MRI対応型であっても不可)
- 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)
- 6ヶ月以内に施行されたクリップやステント術、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立されていないため)

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○印で囲んで下さい)

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 ()

- けがや仕事等により金属片や金属粉が体内に入っている可能性がある
- マグネットタイプの入れ歯
- 刺青やアートメイクをしている
- カラーコンタクトを使用している

上記の要確認項目に該当しない

確認項目 該当に☑ チェックを入れて下さい。

- 閉所恐怖症である
- 電磁場に過敏に反応する

上記の確認項目に該当しない

※電子機器などの持ち込みによる故障やデータ損失については補償できませんのでご了承下さい。

同意書

上記について十分に理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

患者署名

代理人署名

※本人が困難な場合は代理人の署名をお願いします。