

MRI問診票・同意書

MRI検査は非常に強力な磁石を使用した検査です。
安全に検査を実施するため、以下の項目にお答えください。○をつけてください。

1. 現在の体重を記入してください	kg
2. 今までにMRI検査を受けたことがありますか？	はい いいえ
3. ペースメーカーなどの医療機器等を使用していますか？	いいえ はい
*【はい】とお答えの方は具体的にどのようなものですか？ 以下のものを使用している方は当院での検査が出来ませんのでお知らせください ペースメーカー 埋め込み型除細動器(ICD) 神経刺激装置 人工内耳 骨成長刺激装置 その他()	
4. 手術や針治療、外傷等で体内に金属が入っていますか？	いいえ はい
【はい】とお答えの方は具体的にどのようなものですか？ 血管内ステント 脳動脈クリップ・コイル 可変圧式バルブシャント 手術クリップ 置き針 心臓人工弁 人工骨頭・人工関節 骨固定具 歯科矯正器具 歯科インプラント 避妊リング 義眼 その他()	
* 金属挿入後、MRI検査を受けたことがありますか？	いいえ はい
5. 以下のもので現在使用しているものを○で囲んでください	
入れ歯(部分入れ歯含む) 補聴器 かつら(ウィッグを含む)	
6. コンタクトレンズ(カラーコンタクトを含む)を使用していますか？	いいえ はい
7. 狭いところで気分が悪くなった事(閉所恐怖症)がありますか？	いいえ はい
8. 刺青やアートメイクをしていますか？	いいえ はい
9. (女性のみ)現在、妊娠中ですか？	いいえ はい

体内・体外に金属が存在する場合極稀にですが、MRIの強力な磁場により発熱・火傷・金属の移動による障害が生じる可能性があります。また、刺青・アートメイクの色素に金属成分を含んでいる場合も、火傷や変色が生じる可能性があります。

検査中体の一部分が熱いなどの違和感が生じた場合、途中で検査を中止する事があります。火傷などのリスクを避けるためですので、その場合はご了承ください。

MRI検査同意書

MRI検査に対する内容を理解できましたので検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

代理人 _____ (続柄: _____)