

# MRI検査問診票・同意書（患者様記載用）

FAX:048-685-3155

氏名

様

検査日時

年

月

日

MRI検査を安心して安全に受けていただくために、以下項目について該当するものを○で囲んでください。

## 以下に該当する方は、原則、当院でMRI検査を受けることができません

- |                                    |    |   |    |
|------------------------------------|----|---|----|
| 1. 心臓ペースメーカー（MRI対応含む）、除細動器（ICD）    | あり | / | なし |
| 2. 人工内耳・中耳、人工耳小骨                   | あり | / | なし |
| 3. 骨成長刺激装置、神経刺激装置                  | あり | / | なし |
| 4. 磁力で装着する義眼、磁石部分が着脱不可能な義歯、磁石式人工肛門 | あり | / | なし |

## 以下に該当する方は、MRI検査を受けることができない場合があります

- |                                                              |    |   |    |
|--------------------------------------------------------------|----|---|----|
| 5. 手術や針治療、外傷等による体内金属（X線写真で確認する場合があります）                       | あり | / | なし |
| ・クリップ、コイル、心臓人工弁、人工関節、置き針、避妊用金属リング、眼窩内金属、その他<br>具体的内容：いつ頃ですか： |    |   |    |

- |                                                   |    |   |    |
|---------------------------------------------------|----|---|----|
| 6. 体内や体表面に設置された検査装置<br>（持続血糖測定器、植え込み型心電用データレコーダ等） | あり | / | なし |
| 7. 入れ墨、アートメイク、ネイルアート等（場所：）                        | あり | / | なし |
| 8. 閉所恐怖症                                          | あり | / | なし |
| 9. 妊娠またはその可能性（第 週）※第13週まで検査できません 女性：              | あり | / | なし |

## 以下に該当するものは、MRI検査前に取り外していただきます

- |                                          |    |   |    |
|------------------------------------------|----|---|----|
| 10. コルセット、万歩計、補聴器、入れ歯（磁石の場合はスタッフに伝えて下さい） | あり | / | なし |
| 11. カラーコンタクトレンズ、かつら（ウィッグ）、増毛パウダー         | あり | / | なし |
| 12. 金具の付いた下着、アクセサリー（ヘアピン、ピアス、ネックレス等）     | あり | / | なし |
| 13. 湿布、カイロ、エレキバン、ニトロダーム、ニコチネル等の張り薬       | あり | / | なし |

私は検査内容を十分理解した上で、MRI検査の実施に同意します

20 年 月 日

患者氏名

代理人氏名

（続柄）

当院確認技師名