

MRI検査問診票・同意書

ID _____

検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分より

当日は、この用紙を予約30分前までに、病院受付へご提出ください。

MRIは強い磁石を用いているため、金属の持ちこみは「動く危険性・やけど・誤作動・故障・画質の劣化」等の可能性があります。

■検査の安全のため、下記設問にお答えください。

1. 手術を受けたことはありますか？(有)の方は手術名をご記入ください。 手術名 (_____)	有・無
2. 体内に金属はありますか？(有)の方は○で囲ってください。 ペースメーカー・ICD・義眼・ステント・脳動脈クリップ・脳室シャント 人工心臓弁・血管グラフト・静脈フィルタ・骨折治療用金属・金の糸 インプラント (_____ の部分) ・人工内耳 その他 (_____)	有・無
3. 入れ墨はありますか？	有・無
4. 狭い場所で気分が悪くなった事がありますか？	有・無
5. 不整脈はありますか？	有・無
6. 現在妊娠中(可能性を含む)ですか？ (_____ 週)	有・無
7. 30分～1時間仰向けで動かずにいられますか？	不可・可
8. 体重をご記入ください。 (_____ kg)	

●以下のものは当日除去していただく事があります。

補聴器・入れ歯・かつら・貼り薬 (_____ の部分)
カラーコンタクトレンズ・お化粧品(アイシャドー・アイライン・マスカラ)
発熱性衣類・カイロ・装具・コルセット・制汗剤・アクセサリー・等

MRI検査の目的・必要性、副作用について担当医師より十分な説明を受け理解できましたので、今回の検査の実施に同意いたします。

※本人が署名できない場合や未成年者は代理人もしくは親権者が署名してください。

年 _____ 月 _____ 日 氏名 _____

保護者(もしくは代理人) _____

検査説明・検査適応を確認した医師氏名 _____

検査時確認をした技師氏名 _____