

MRI 檢查問診票兼同意書

(問診票はMRIを安全、確実に行う為の重要な確認事項ですので正確にご記入ください)

受診者氏名 性別 男・女 年齢 歳 様

- 1) 過去に MRI 検査を受けられた経験がありますか? いいえ はい わからない
(年 月頃 病院で)

- 2) 体内に以下のような医療による金属類、機械、人工的なものはありませんか？

心臓ペースメーカー (MRI 対応の物も含む)

いいえ はい わからない

人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置

いいえ はい わからない

脊柱管内リード線、脊椎刺激装置

いいえ はい わからない

脳動脈瘤クリップ（くも膜下出血の手術にて）

いいえ はい わからない

圧可変式バブルシャント（脳室シャント：水頭症にて）

いいえ はい わからない

心臓や血管内の金属類　体内の人工物

いいえ はい わからない

(人工關節、リード線、コイル、ステント、人工血管、消化管出血の止血クリップ)

- 3) 体内に外傷による金属片がありますか?
(銃弾破片、鉄片など) いいえ はい わからない (部位)

4) 以下の金属類や人工的なものをみにつけていれば、○で囲んでください。
補聴器 義眼 義手 義足 磁石を利用した義歯(インプラント)その他 ()

5) 刺青(イレズミ)タトゥーなどがありますか? いいえ はい わからない

6) カラーコンタクトを使用していますか? いいえ はい わからない

7) 貼り薬を貼っていますか? いいえ はい わからない

8) 狹いところが苦手ですか(閉所恐怖症)? いいえ はい わからない

9) 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか?(女性のみ) いいえ はい わからない

10) 金属付のカツラ(ウィッグ)、一時染毛料(増毛パウダー・白髪染毛料)を
身に付けて(使用して)いませんか? いいえ はい わからない

私は検査の目的、その必要性の説明を受け、理解しましたので今回のMRI検査に同意します。

愛野記念病院 病院長殿

年 月 日

説明医師：

患者氏名 保護者・代理人 続柄（ ）