

MRI 検査問診票兼同意書

(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 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 男・女

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すか？

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

(手術 _____ 年頃)

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

(人工関節、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？ いいえ はい わからない
(銃弾破片、鉄片など) (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) 狭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 いいえ はい わからない
身に付けて (使用して) いませんか？

※その他ご不明な点がございましたら、ご相談ください。

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 (_____)