

MRI 検査の問診と同意書

検査日： 月 日 | 氏名：

身長： cm | 体重： Kg

問診 (消えないボールペンで記入して下さい。)

1. 以前にMRI検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
「はい」に○を付けた方へ いつ頃ですか？ 年 月
2. これまでに手術を受けられたことがありますか？ (はい・いいえ)
昭和・平成・令和 年 手術または病名()
昭和・平成・令和 年 手術または病名()
➤ 1ヶ月以内に内視鏡検査でのポリープ切除術を行いましたか？ (はい・いいえ)
3. 以下の金属が体内にありますか？ (はい・いいえ)

検査をお受けできません

- ペースメーカー・ICD (植え込み型除細動器) 脳室シャント (水頭症) シャントチューブ
人工内耳 植え込み式補聴器 外傷後の鉄片・銃弾など

- 検査禁忌カード及び手帳がございましたら提出をお願いします。
- 金属加工作業 (板金など) の方は作業後入浴を済ませてください。

4. 以下の金属類や人工的なものを身に付けていますか？ (はい・いいえ)

検査が出来ない場合があります

- 補聴器 義眼 義手・義足 入れ歯 インプラント 歯列矯正器具
コルセット 鍼 (はり) の治療針 カラーコンタクトレンズ
経皮吸収貼付薬 (ニトロダーム・フランドルテープなど) 刺青・アートメイク
ラメ入りアイシャドー ヘアピン かつら ピアス・ボディピアス
染色や増毛のための粉状の整髪料 (直近にヘアカラー施行した方は申し出てください)
ネイルアート まつげエクステなど カテーテル用排泄開閉キャップ

5. 閉所恐怖症ですか？ (はい・いいえ)
6. 妊娠あるいは、妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

注意事項

- 装置内は制限された狭い空間で、騒音がします。(必要な方は耳栓をご用意下さい。)
- 検査時にワイヤーのないタイプのマスクをご用意下さい。
- 撮影時間が長い為、長時間同じ姿勢を保てない方は検査を中止する事がございます。
- 検査日に来院出来ない場合は、早めにご連絡下さい。

同意書

私は、MRI検査を受けるにあたり、検査の説明や「MRI検査時の注意事項」について理解し納得致しましたので検査を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

本人の署名 _____

保護者または、代理人の署名 _____ 続柄 _____

医療法人社団仁成会 高木病院 放射線科
電話0428(31)5255(代)