

[MRI検査] 問診票・同意書

■検査を安全に行うために身長・体重を必ず御記入下さい **身長** _____ cm **体重** _____ kg

■体内に以下のような医療による金属類、機械、人工的なものがありますか

心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器(心臓の手術)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置(耳の手術)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
脊柱管内リード線、脊髄刺激装置(脊骨の手術)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
体内に外傷などによる金属片混入歴(銃弾破片や鉄片など)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
脳動脈瘤クリップ(くも膜下出血の手術)やコイル(脳の手術)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし(手術	年頃)
人工骨頭、人工関節、釘など(整形の手術)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし(部位)
心臓や血管内の金属類、人工物	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし(部位)
<input type="checkbox"/> リード線 <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 人工血管 <input type="checkbox"/> 静脈フィルター <input type="checkbox"/> その他()
心臓人工弁	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし(手術	年頃)
胆管、食道、気管などの金属ステント(胸・腹の手術)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし(部位)
圧可変式バルブシャント(脳:水頭症の手術)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
消化管の止血のクリップ、マーキングクリップ(内視鏡手術)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし(部位)

■以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、にチェックしてください

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 義眼	<input type="checkbox"/> 義足	<input type="checkbox"/> 義手	<input type="checkbox"/> コルセット	<input type="checkbox"/> 歯列矯正器具
	<input type="checkbox"/> 入れ歯(<input type="checkbox"/> 磁石を使用したタイプ	の入れ歯	<input type="checkbox"/> はめ込むタイプ	の入れ歯)
	<input type="checkbox"/> 鍼(はり)治療の針	<input type="checkbox"/> その他()

■刺青(イレズミ)やアートメイクをしていますか あり なし(部位 _____)

■カラーコンタクトレンズを使用していますか あり なし

■女性の方で妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか あり なし

■狭いところが苦手と感じたことがありますか あり なし

医師記入欄

患者様に検査の必要性を説明し、患者様の同意を得、体内の異物、患者様の状態を把握し、MRI検査可能と判断し検査を依頼します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師名 _____

検査を受けられる方の記入欄

MRI検査について説明を聞き、十分に了承しましたので同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者又は代理人者署名 _____ 続柄: _____