

MRI 問診・同意書

MRI 検査は放射線を出さず安全な検査ですが、磁力で体を見る為、下記の注意が必要です。

1. 心臓ペースメーカー、埋め込み型補聴器、人工内耳、金属などが体内にある場合は検査をお断りすることがありますので、その際は当院放射線科までお問い合わせください。
 2. 妊娠している、妊娠の可能性がある、閉所恐怖症の強い方は検査できません。
 3. 入れ墨やアートメイク(まぶたなどの入れ墨)がある場合は、発色・発熱することがあります。
 4. 体の一部に熱感や軽度のやけどが出ることがあります。
 5. 検査時はコンタクトレンズを外していただくか、着けないでご来院ください。
 6. 検査時はマスカラなどの金属顔料を含むお化粧品は落としていただくか、しないでご来院ください。
- 以上をご理解いただいた上で、問診票・同意書のご記入をお願いします。
同意書にご記入いただいた後でも検査を中止することも出来ます。

問診票

1. 心臓ペースメーカー・埋め込み型補聴器・人工内耳がある はい ・ いいえ
2. 手術を受けたことがある はい ・ いいえ
どのような手術でしたか? ()
3. 妊娠している、または妊娠している可能性がある はい ・ いいえ
4. 金属(銃弾や金属片)による障害を受けたことがある はい ・ いいえ
体のどの部位に障害を受けましたか? ()
5. 以下の項目は MRI 検査に不都合が生じるものですので分かる範囲でお答え下さい

問診項目	
脳動脈クリップ (※1)	有・無
血管内ステント(※2)・コイル・フィルター	有・無
人工心臓弁・体内金属・ピン等 (※1)	有・無
義歯・インプラント・歯科矯正 (※1)	有・無
義眼・義肢・義足 (※1)	有・無
尿道ステントや子宮内の避妊具 (※1)	有・無
入れ墨・アートメイク (※3)	有・無
閉所恐怖症 (※4)	有・無
コンタクトレンズ・マスカラ (※5)	有・無

※1) 材質によっては検査ができません。

※2) 冠動脈ステントは埋め込み日から8週間以内に検査は行えません。

※3) 変色や発熱することがあります

※4) 程度により検査できません。

※5) 撮影時に外していただきます

確認・同意書 (患者様および主治医による確認と署名)

所沢第一病院 院長殿

私は MRI 検査の必要性と注意点、MRI 造影剤の必要性と副作用などについて説明を受け、十分理解しました。

MRI 検査の施行と MRI 造影剤の使用に同意します。上記の同意書にも間違いありません。

年 月 日

患者署名 _____

(本人ができないときは代理人の署名)

年 月 日

主治医署名 _____

所沢第一病院 埼玉県所沢市下安松 1559-1 (TEL: 080-7969-9466 FAX: 04-2941-5221)