

MRI検査の問診・同意書

MRI検査日_____年_____月_____日 _____時_____分

患者ID_____ 氏名_____様

生年月日_____年_____月_____日 性別 男・女

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問に☑でお答えください。
また、検査当日は本紙を忘れずにご持参ください。

◎	正確に検査を行うため、現在の体重をご記入ください。	【 _____ 】 kg	
1.	MRIの検査を受けるのは初めてですか。	はい☐	いいえ☐
2.	心臓ペースメーカーを使用していますか。	はい☐	いいえ☐
3.	ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。	はい☐	いいえ☐
4.	人工内耳を使用していますか。	はい☐	いいえ☐
5.	脳動脈クリップを使用していますか。	はい☐	いいえ☐
6.	体内に金属・人工物・人工関節はありますか。	はい☐	いいえ☐
7.	磁石を使った入れ歯(インプラント)・義眼をしていますか。	はい☐	いいえ☐
8.	入れ墨やアートメイクなどはありますか。	はい☐	いいえ☐
9.	狭いところを苦手と感じたことはありますか。	はい☐	いいえ☐
10.	女性の方へ、現在妊娠をしている可能性はありますか。	はい☐	いいえ☐

MRI室へは以下のものは持ち込めません。

患者様ご自身の火傷の恐れや、電子機器類の故障、MRI装置の故障の危険性があります。検査前に外していただけますようご協力をお願いいたします。

- ・入れ歯 ・補聴器 ・湿布類 ・エレキバン ・ホッカイロ ・かつら、増毛剤、白髪隠し ・腕時計 ・ネックレス ・ヘアピン ・指輪 ・ピアス
- ・その他貴金属類・財布 ・磁気カード類・携帯電話やスマートフォン ・その他電子機器類
- ・鍵 ・ライター ・カラーコンタクト ・マスカラやアイシャドウなどドラメ入りの化粧
- ・金属の付いている下着 ・ヒートテックなどの保湿性の高い下着 ・コルセット

上の欄に記載されている物は ☐ 不明な点がございましたらスタッフまでお尋ねください。
全てありません。 (チェック)

MRI検査の同意書

MRI検査の必要性、副作用について説明を受け、理解できましたので今回の検査の実施に同意致します。

年 _____ 月 _____ 日 氏名_____

保護者(もしくは代理人)_____

※本人が署名できない場合や未成年者は代理人もしくは親権者が署名してください。

当院では医療の質の向上に貢献するため、検査画像データを個人情報を取り除いた上で、研究会・学会等で使用したいと考えております。ご同意いただけますようお願い申し上げます。

提供に同意いただけない場合は、下記に☑をお願いします。

画像データの学会での使用に同意しない ☐

担当者: _____