

単純MRI問診・同意書

ID：
氏名：
生年月日：

検査部位
検査日時
食事制限

安全に検査を施行するため、下記の項目について記入をお願い致します

1. MRI 検査を受けるのは初めてですか？ いいえ はい

2. 体内に以下のような、医療用の金属・機器・人工物がありますか？ いいえ はい

該当するものに○をつけてください ←

- ・心臓ペースメーカー（MRI 対応を含めて）・埋め込み型除細動器：ICD・埋め込み型心電用データレコーダー：ILR
- ・可変圧式バルブシャント（脳室シャント・V-P シャント）・人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置
- ・脊髄刺激装置、脊椎管内リード線 ・脳動脈クリップ（クモ膜下出血の手術、MRI 対応を含めて）
- ・消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ ・乳房ティッシュエキスパンダー（皮膚拡張）
- ・心臓や血管内の金属類・人工物 <人工心臓弁、ステント、コイル、人工血管、フィルター、リード線など>
- ・気管や食道、胆管などの金属ステント ・脊椎固定具、人工関節、人工骨頭（整形外科手術）

3. 体内に外傷による金属片（鉄片や銃弾破片など）がありますか？ いいえ はい

4. 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい。

- ・義眼 ・義足 ・義手 ・かつら ・体内置き針 ・義歯（入れ歯、インプラント、磁石を利用した義歯）
- ・歯列矯正器具 ・補聴器 ・避妊リング ・コルセット ・カラーコンタクトレンズ ・ホッカイロ

※2～4 以外の金属、機器、人工物があればご記入下さい。

【

】

4. 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？ いいえ はい

5. 貼り薬（外すのに医師の指示が必要なもの含め）を貼っていますか？ いいえ はい

6. 刺青（タトゥー）をいれていますか？ いいえ はい

7. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい

◎MRI 検査の注意事項

MRI 検査は磁場（磁石）と電波を利用して体内の情報を画像化するものです。次のものは故障したり、検査に影響を及ぼすことがありますので、検査前に必ず取り外すようお願い致します。

- ・金属製のもの（時計・携帯電話・眼鏡・鍵・ライター・ヘアピン・ネックレス・ピアス 等）
- ・磁気を使用したもの（キャッシュカード・テレホンカード・定期券 等）
- ・金属のついているもの（ブラジャー・入れ歯・カツラ 等）

・検査当日はスーパーミリオンヘアを含む白髪対策スプレーの使用はしないでください。

同意書

上記の問診の意義および注意事項、検査の必要性について説明を受け、質問する機会を得ました。

MRI 検査を実施する事に同意します。

西暦 年 月 日

患者または家族・代理人の署名

[続柄:]

西暦 年 月 日 依頼・説明医師