

MRI 検査 問診票・同意書

検査を受ける人の氏名				ID
生年月日	年	月	日	男 ・ 女

〈MRI 検査の説明文〉

MRI 検査は非常に強い磁場を利用して身体を調べる検査です。検査中は大きな音がします。とても動きに弱い検査のため、同じ姿勢で寝ていただきます。（検査内容により、時間や姿勢は異なります。）体内に金属が存在する場合、それらの移動や発熱の可能性があり、不慮の事故が起こる恐れがあります。以下のものは検査室内に持ち込めません。検査前に着がえたり、身体から外していただきます。

ヘアピン・ネックレス・ピアス（ボディピアス含む）・イヤリング・カラーコンタクトレンズ・眼鏡・エレキバン・湿布薬・医療用の貼付剤（ニトロダーム等）・カイロ・磁気バンド・財布・腕時計・携帯電話・カード類・ライター・かつら・増毛パウダー・防寒下着（ヒートテック等）など。

※ インプラント・ブリッジ等は MRI 検査に対応していないものは原則検査を行うことができません。

※ 眉やまぶた・身体に入れ墨がある方は発熱、変色および変形を起こすことがあります。

質問事項	回答欄	
1 MRI 検査について説明文（上記）を読んで理解しましたか。	はい	いいえ
2 心臓ペースメーカー・除細動器などの体内電子装置を使用していますか。	はい	いいえ
3 補聴器・人工内耳・人工弁を使用していますか。	はい	いいえ
4 脳動脈瘤の手術によるクリップがありますか。	はい（ 年頃）	いいえ
5 食道や胆管、血管内にステント・クリップが入っていますか。	はい（ 年頃）	いいえ
6 手術で体内に金属が入っていますか。（人工関節・人工骨頭・プレートなど）	はい（ 部位（ ） 年頃）	いいえ
7 手術以外で体内に金属が入っていますか。（事故・戦争・怪我・針治療など）	はい（ 部位（ ） 年頃）	いいえ
8 義眼・義手・義足を装着されていますか。	はい	いいえ
9 入れ歯・インプラント・ブリッジをしていますか。	はい	いいえ
10 眉やまぶた・身体に入れ墨をいれていますか。	はい	いいえ
11 アイメイク（アイシャドウ・マスカラ）をしていますか。	はい	いいえ
12 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか。	はい	いいえ
13 閉所恐怖症ですか。	はい	いいえ
14 現在の体重をお書きください。 体重によって最大電力値が変わるため、必ずお書きください。	Kg	

問診票の記載に間違いがなく、MRI 検査実施中に医学上の立場から緊急の処置をおこなう必要が生じた場合には、その処置について担当医に一任いたします。

以上をご理解頂いた上で、検査中に生じた、いかなるトラブル・損害について当院は一切の責任を負いかねます。以上の事柄について十分な説明を受けた上で検査を行うことを同意します。

（ 検査を希望します ・ 検査を希望しません ）

記載日 年 月 日

本人（代筆者）の署名

（※自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び検査を受ける方との続柄を記載。続柄 _____）

- * 検査当日はこちらの MRI 検査問診票をご記入してご持参ください。
- * 問診票の結果によっては、身体の安全を考え検査を中止することがあります。
- * ご不明な点がございましたら、放射線科へお問い合わせください。
- * 誠弘会 池袋病院 放射線科 TEL：049-233-5230（直通）