

フリガナ		性別	女・男
氏名		身長/体重	cm/ kg
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳)	職業:	
住所	〒 -		
電話番号	自宅:	携帯電話:	

## MRI 検査問診・同意書

MRI 検査は強い磁石と電波を用いて身体の内部構造を精密に観察する検査です。磁気は人体に影響はありませんが、注意事項があります。安全に検査を実施するため以下の問診にお答えください。

●問診 (はいの場合該当する項目全てに○をしてください)

・下記の体内金属はありますか？【該当する方は検査できません】 ( はい ・ いいえ )

心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、人工内耳、可動型義眼、神経刺激装置、その他電子機器装置

・上記以外の体内金属はありますか？ ( はい ・ いいえ )

脳動脈クリップ、人工心臓弁、人工関節、プレート、ボルト、シャント、ステント、金属片など  
その他 ( ) ※手術の時期と材質 ( )

・下記のことを装着していますか？ ( はい ・ いいえ )

歯科矯正具、インプラント、入れ歯 (磁石植込式の場合磁力低下の恐れがあります)、尿道バルーン  
補聴器、カラーコンタクトレンズ、黒染めスプレー、持続血糖測定器、インスリンポンプ

・刺青・アートメイクをしていますか？ ( はい ・ いいえ )

材質によってはやけどや変色することが稀にございます。ご了承の上署名をお願いします。

・閉所恐怖症ですか？ ( はい ・ いいえ )

・妊娠中もしくは妊娠の可能性ありますか？ ( はい ・ いいえ )

●以下の物は検査や患者様に影響を与える事がございます。検査前にロッカーに保管して下さい。

- 財布 磁気カード 携帯電話 時計 鍵 補聴器 入れ歯 ウィッグ ピアス  
ネックレス ヘアピン 眼鏡 ブラジャー 機能性肌着 (ヒートテック等) カイロ  
貼り薬 (エレキバン、ニトロダーム、ニュープロパッチ、ニコチネル、ノルスパンテープ等)

※強い磁場環境の為、誤って持ち込まれ故障又は破損、それに起因する事故が発生しましても責任は負いかねますのでご了承ください。

・私は MRI 検査の必要性・安全性・注意事項を理解し、検査を受ける事を同意します

・私は遠隔読影依頼(専門医による診断)について承諾します。

上記の各項目について納得して同意いたします。

年 月 日

患者署名 \_\_\_\_\_ (代理人署名) \_\_\_\_\_