

MRI検査同意書兼問診表

★ 問診表 対象者(MRI検査を受ける方すべてになります。)

1. 心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人工内耳の方の検査は行えません！
いずれもありませんか？ (はい ・ いいえ)
「いいえ」とお答えの方は中止してください

検査予定日(予約日)
_____年 _____月 _____日

2. 手術を受けた事がありますか？ (はい ・ いいえ)
どんな手術ですか？ (_____)

3. 妊娠もしくは妊娠の疑いがありますか？ (はい ・ いいえ)

4. 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

5. 以下に列挙するものは身体への危険性や画像劣化の可能性があります。有無をチェックください。

チェック項目	有 無	チェック項目	有 無
脳動脈瘤クリップ	有 ・ 無	義眼・入れ墨(アイライナー含)	有 ・ 無
血管内のステント・コイル・フィルター	有 ・ 無	金属の縫合用ワイヤー	有 ・ 無
圧可変式シャントバルブ	有 ・ 無	陰茎内の埋込物や子宮内の避妊具	有 ・ 無
埋込型の薬剤動注ポンプ	有 ・ 無	閉所恐怖症	有 ・ 無
神経や骨成長刺激用の機械	有 ・ 無	脳室シャント	有 ・ 無
心臓など体内の電極や金属	有 ・ 無	ワイヤーメッシュ	有 ・ 無
埋込型のインシュリンポンプ	有 ・ 無	義肢・義足	有 ・ 無
その他体内金属・カテーテルなど	有 ・ 無	人工関節・人工骨頭・ピン等	有 ・ 無
血管用や手術クリップ	有 ・ 無	義歯・歯科矯正用ブレース	有 ・ 無
人工心臓弁	有 ・ 無	外すことのできる入れ歯	有 ・ 無

6. ◎脳動脈瘤クリップの欄で「有」とお答えの方 (手術年 _____ 年/材質 _____)

7. ◎その他に体内に入っている金属があればお知らせください (_____)

★ 造影検査問診表 (造影検査を受ける方は、以下についてもお答えください。)

※ 造影剤はほとんどの場合、副作用はありませんが、人によってはアレルギーや重篤な副作用を起こす場合があります。

1. 気管支ぜんそくと言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

2. 今までに造影剤を使用した検査を受け気分が悪くなったり、じんましんなどが出たことがありますか？
(はい ・ いいえ ・ 今回の検査が初めて)

「はい」とお答えの方 (検査中 ・ 帰宅してから) 症状: _____

3. 今までに薬を飲んだり注射をして気分が悪くなったり、じんましんなどがでたことがありますか？
(はい ・ いいえ) 「はい」とお答えの方 薬・注射名 _____

4. 鼻炎や皮膚炎などのアレルギー体質といわれたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

● 医師造影剤使用確認欄 ● 以下は程度により原則禁忌となります。ある場合チェックください 気管支喘息

重篤な心機能低下 重篤な肝機能低下(重症急性肝炎) 重篤な腎機能障害(透析 有・無)

患者様への説明確認

MRI検査について、十分な説明と同意を得ました。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 主治医署名 _____

_____ のリスクについて十分な説明と同意を得ました。

同意書

上記について十分に理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者様署名 _____

本人記入困難な場合 代理人続柄(_____) 代理人署名 _____