

# MRI検査 同意書兼問診表

ID: \_\_\_\_\_ 患者氏名: \_\_\_\_\_

小林市立病院

検査日

令和 年 月 日 時 分

## ■ 問診表(検査を受ける方は全てにお答え下さい。)

① 心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人工内耳のいずれかありますか？ ( あります ・ ありません )  
※ いずれか該当する場合は、検査ができません。

② 手術を受けた事がありますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」とお答えの方 \_\_\_\_\_ どのような手術ですか？ ( )

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検査を受けた事がありますか？ ( 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有ります。有無をチェックして下さい。

チェック項目		チェック項目	
頭		骨	
脳室シャント	有 ・ 無	人工関節・人工骨頭・ピンなど	有 ・ 無
血管内のステント・コイル・フィルター	有 ・ 無	義肢・義足	有 ・ 無
脳動脈瘤クリップ (手術年: _____ 年 / 材質: _____ )	有 ・ 無	神経や骨成長刺激用の機械	有 ・ 無
	有 ・ 無	金属の縫合ワイヤー	有 ・ 無
心臓		血管	
心臓など体内の電極や金属	有 ・ 無	圧可変式シャントバブル	有 ・ 無
人工心臓弁	有 ・ 無	その他	
血管内のステント・クリップ	有 ・ 無	陰茎内の埋め込み物や子宮内の避妊具	有 ・ 無
腹部		歯科矯正用ブレース・インプラント	有 ・ 無
埋込型の薬剤動注ポンプ・インスリンポンプ	有 ・ 無	外すことのできる入れ歯	有 ・ 無
ワイヤーメッシュ	有 ・ 無	閉所恐怖症	有 ・ 無
		義眼・入れ墨(アイライナー含)	有 ・ 無
		コンタクトレンズ	有 ・ 無

⑥ その他に体内に入っている金属があればお知らせ下さい。 (手術年: \_\_\_\_\_ 年 / 材質: \_\_\_\_\_ )

## ■ 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下さい。)

※ 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て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、じんましんなどが出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 鼻炎や皮膚炎などアレルギー体質と言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。ある場合はチェックをお願いします。)

気管支喘息  重篤な腎機能障害(透析: 有 ・ 無 )  重篤な心機能低下  重篤な肝機能障害

### 患者様への説明確認

MRI検査について十分な説明を行い、同意を得ました。

日付 令和 年 月 日 主治医署名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ のリスクについて十分な説明を行い、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。

日付 令和 年 月 日 患者様署名 \_\_\_\_\_

本人が記入困難な場合 代理人続柄( ) 代理人署名 \_\_\_\_\_