

MRI 検査同意書

●問診票 (検査を受ける方、全てがお答えください。)

1. 心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人口内耳の方の検査は行えません。

【いいえの方は検査ができません】いずれもありませんか？

(はい ・ いいえ)

《 検査予約日 》

20 年 月 日

時間 :

2. 手術を受けた事がありますか？ (はい ・ いいえ) / 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)

最後の生理は (月 日 ・ 閉経)

4. 金属 (銃弾・金属片) による障害を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ) / はいの方、その場所はどこですか？

()

5. 以下に列挙するものは危険性や熱、画像劣化の可能性を持つものです。有無をチェックしてください。

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

6. ※脳動脈クリップの欄で有とお答えの方

(手術年 年 月 材質:)

7. ※冠動脈ステントは、埋込 8 週間以内は原則検査を行なえません。止むを得ず行なう場合は主治医から十分な説明を受けてください。

●造影検査問診票 (造影検査を受ける方は、以下についてもお答えください。)

1. 気管支ぜんそくと言われたことがありますか？ (①はい ・ ②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？

(①はい ・ ②いいえ ・ ③今回初めて)

①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？ (①はい ・ ②いいえ)

①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言われてことがありますか？ (①はい ・ ②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)

●MRI 検査諸注意 強い磁場環境での検査の為、金属(磁性体)や磁気製品を持込んだ場合、検査機器の吸着や磁気製品の故障が起こります。また造影剤を使用する検査では、投与した造影剤の影響で稀にショック症状、アレルギーによる喘息や皮膚症状、または重篤な副作用が起こる可能性があります。

患者様への説明確認

・MRI 検査・ステントのリスクについて、十分な説明と同意を得ました。

日付 20 年 月 日

主治医署名 _____

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 20 年 月 日

患者署名 _____

本人記入困難な場合 代理人続柄 ()

代理人署名 _____