

MRI検査問診票

患者さんにご迷惑をお掛けしないよう、かつ検査を安全・確実に行うため、以下の項目にお答えください。
該当する項目に印☑をつけてください。“はい”を選ばれた方は()の中に具体的な言葉をお書き下さい。

①今までにMRI検査を受けたことがある

☐いいえ ☐はい

②心臓ペースメーカーを使用している

☐いいえ ☐はい **心臓ペースメーカーを使用している方は検査を行えません。**

③人工内耳の手術をしている。

☐いいえ ☐はい **人工内耳を使用している方は検査を行えません。**

**※④から⑦までの項目は、磁石の影響を受ける金属を使用している場合は検査を行えません。
使用している素材の確認をお願いします。**

④心臓人工弁がある。

☐いいえ ☐はい(時期・材質:)

⑤脳動脈瘤クリップや、外科的手術にてクリップがある

☐いいえ ☐はい(時期・部位・材質:)

⑥整形外科的手術にて人工関節等の金属がある

☐いいえ ☐はい(時期・部位・素材:)

⑦ステントなど、その他体内に金属がある

☐いいえ ☐はい(時期・部位・素材:)

⑧圧可変式バルブ付きVPシャントがある

☐いいえ ☐はい **圧可変式バルブ付きVPシャントがある方は検査をお断りしております。**

⑨磁石を利用した入れ歯を使用している

☐いいえ ☐はい

※「はい」の方のみお答え下さい。

検査を行うと磁気の低下や緩み、変形を起こす場合があります。検査に同意しますか？ ☐いいえ ☐はい

⑩入れ墨、アートメイクがある。

☐いいえ ☐はい

※「はい」の方のみお答え下さい。

検査を行うとヤケドや変色を起こす可能性があります、検査に同意しますか？ ☐いいえ ☐はい

⑪女性のみお答えください。現在、妊娠中または妊娠の可能性がある。

☐いいえ ☐はい **胎児の安全性は確立されていない為、妊娠の可能性のある方の検査をお断りしています。**

⑫内視鏡の止血クリップが体内にある

☐いいえ ☐はい **止血クリップの排出が確認できない場合検査をお断りしています。**

※ご不明な点は主治医や検査担当医師・技師・看護師にお尋ねください。

私はMRI検査について説明を受け、必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意します。
(検査を受ける方が未成年及び、付き添いが必要な場合は、ご家族や代理の方にご署名をお願いします)

年 月 日 ご署名 続柄: _____

紹介医署名

本書を申込み時にMRI検査依頼票と一緒にFAXしてください。 **地域連携室 FAX 048-665-6115**