

※外来検査予約票と一緒にFAXしてください。

MRI検査に関する問診票・同意書

氏名 _____ 様 紹介元医療機関名 _____
問診日 年 月 日 医師署名 _____

【問診票】安全にMRI検査を行うため、以下の項目について該当するものに☑印をつけてください。
(必ずいいえ・はいのいずれかにチェックを入れてください。記載なき場合、検査できません)

《MRI禁忌項目》 ※該当する場合は検査を受けられません

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ・ 心臓ペースメーカー・除細動器を埋め込んでいる | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 人工内耳・中耳、神経刺激装置など体内電子装置を使用している | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 可動型義眼、けがや事故による眼科・その周囲に金属片がある | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 磁石で装着するタイプの義歯を使用している | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 妊娠13週以内、または妊娠の可能性がある | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 体内埋め込み式型インスリンポンプを使用している | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

《確認項目》

● 医療機器/器具の埋め込みまたは留置について（はいの場合、MRI対応か確認してください）

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| ・ 人工心臓弁がある | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 脳動脈瘤クリップ、血管ステント、頸動脈クランプを使用している | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 胆道、食道、気管などに金属ステントが入っている | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 人工骨頭、人工関節、釘など整形外科の手術をうけたことがある | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 内視鏡検査で止血/マーキングクリップをした | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 避妊リングを体内に入れている | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 血糖モニター（リブレProなど）を使用している | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ インプラントを使用している | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ その他体内に金属や異物が入っている
（部位： _____ 材質： _____） | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 閉所恐怖症である（狭いところが苦手） | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 刺青、タトゥー、永久アイラインが入っている | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ ニトロダームTTS（心臓薬）、ニコチネルTTS（禁煙薬）、ノルスパン
テープなど（疼痛薬）など金属を含む貼り薬を使用している | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ・ 過去にMRI検査をしたことがある | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

※電子機器などの持ち込みによる故障やデータ損失については補償できませんのでご了承ください。

【MRI検査 同意書】

私は、この度予定されたMRI検査の必要性と内容を受け、十分理解した上でMRI検査を受けることに同意いたします。

年 月 日 本人署名 _____

保護者または
代理人署名 _____

（続柄： _____）