

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対応が確認してください）

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| ・ 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 |
| ・ 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 |

※ニトロダームTTS（心臓薬）、ニコチネルTTS（禁煙薬）、ノルspanテープ（疼痛薬）
など張り薬や補聴器、時計、義歯類金属類、カラーコンタクト、電子機器やカード類は更衣の
際にはずして持ち込まないようにしてください。
なお持ち込みによる故障やデータの損失については、責任を負いかねます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。

（未成年者または付き添いが必要な方はご家族や代理の方でご署名お願いいたします。）

年 月 日 本人署名 _____

保護者または：
代理人署名 _____

（続柄： _____）