

MRI検査問診・同意書

御紹介医院名 _____

ID (空欄) _____


患者氏名 _____ (男・女) _____

検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 ~ _____

【医師確認欄】

◆ペースメーカー(MRI対応含め)を装着している	<input type="checkbox"/> いいえ	当院では検査不可項目(禁忌)です
◆体内埋め込み型機器(心電計・人工内耳・義眼等)装着している	<input type="checkbox"/> いいえ	
◆脳脊髄シャント(可変バルブ式)をしている	<input type="checkbox"/> いいえ	
◆【女性のみ】 妊娠中または妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> いいえ	

問診項目【患者様記入欄】

歯科用矯正器具・インプラント等装着している	⇒ <input type="checkbox"/> はい 《施行歯科医院でMRI可否確認して下さい》	<input type="checkbox"/> いいえ
外せる器具等(入れ歯・補聴器など)はありますか	⇒ <input type="checkbox"/> はい 《撮影時に取り外して頂きます》	<input type="checkbox"/> いいえ
脳動脈瘤クリップ・血管内コイルを留置している	⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒ 施行施設で素材含め可否確認して下さい(留置4週間以降で検査可能です)		
過去に医療体内金属留置等の手術などをしたことはありますか(術後8週間以降可)	⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⇒ いつ頃(年 月頃) 手術部位	病院名	
*手術後にMRI検査を受けたことがありますか	⇒ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
アートメイク、刺青(タトゥー等)している	⇒ <input type="checkbox"/> はい 《やけどの可能性あり 様子を見ながら可能》	<input type="checkbox"/> いいえ
閉所恐怖症である	⇒ <input type="checkbox"/> はい 《途中で中止の可能性あり》	<input type="checkbox"/> いいえ
カラーコンタクトをしている	⇒ <input type="checkbox"/> はい 《取り外して検査します》	<input type="checkbox"/> いいえ
持続型糖尿病血糖値計測器(リブレ等)を使用している	⇒ <input type="checkbox"/> はい 《検査日までに外してから検査可能》	<input type="checkbox"/> いいえ
マグネットネイルを使用している	⇒ <input type="checkbox"/> はい 《検査日までに外してから検査可能》	<input type="checkbox"/> いいえ
その他注意事項(可能な方はQRコードより⇒) ご確認お願い致します		

同意書

■上記について十分理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人(署名) _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入困難な場合 代理人 続柄 () _____

※こちらの用紙に記入し検査当日にお持ち下さい