



MRI 検査 問診・同意書

ID: _____

記入日： 年 月 日

カタカナ氏名	体重 k g	生年月日 (西暦) 年 月 日	性別 女 ・ 男
--------	-----------	--------------------	-------------

○MRI 検査を安全に行うため、下記の項目につきなるべく正確にご記入下さい。

※問診票の結果によって、安全性を考え検査を中止する場合がございます。

1. これまでに MRI 検査を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

2. これまでに手術を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ

手術をされた事がある場合は、下記に記入をお願いします
手術名または病名 (_____)

3. 身体の中に金属や磁性体がありますか？
金属ありの場合は、可能であれば下記の項目より該当する番号に○をつけてください

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 1.人工内耳・中耳 | 2.磁石式義眼 | 3.磁石式入れ歯(インプラント) |
| 4.心臓ペースメーカー | 5.除細動器 | 6.神経刺激装置 |
| 7.脳動脈瘤クリップ
(1998年以前の製品は禁忌) | 8.人工心臓弁
(1970年以前の製品は禁忌) | 9.V-P シャントバルブ
(検査後、流量調節が必要な場合有) |
| 10.血管内コイル | 11.ステント(血管、胆管など) | 12.内視鏡治療によるクリップ |
| 13.整形外科の四肢・関節金属 | 14.鍼治療による置き鍼 | 20.金属異物 |
| 21.子宮内避妊具 | 22.エキスパンダー(乳房組織拡張器) | 23.カラーコンタクトレンズ |
| 24.ネイル(ジェルネイル等) | 25.歯科矯正(ワイヤー式等) | 26.白髪や増毛用パウダー、ウィッグ |
| 27.美容医療(リフトなど) | 28.その他(_____) | |

☆該当するものがある場合は、埋め込んだ年・部位を記載して下さい。

年 部位 (_____)

4.閉所恐怖症、または狭いところは苦手ですか？ はい ・ いいえ

5.顔や体に刺青(アートメイクを含む)をしていますか？ はい ・ いいえ

※熱を帯びることがあります。

6. 金属片・金属粉が体に付着する作業をしましたか？ はい ・ いいえ

7.女性の方：現在妊娠中またはその可能性はありますか？ はい ・ いいえ

MRI 検査同意書

私は MRI 検査の必要性・安全性・注意事項を理解し、検査を受ける事を同意します。
(MRI 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もご署名をお願い致します。)

年 月 日 ご署名(本人)

ご家族、代理の方のご署名 続柄