ＭＲＩ検査問診・同意書

記載日

お名前　　性別

生年月日　　（　　）歳

MRIは、強い磁石を使用して検査を行ないます。
身体に影響はございませんが、以下の回答内容によっては検査ができない場合がございます。
検査をより安全に行うため、お手数ですが質問にお答えください。
（ご本人が答えられない場合でも、必ずご家族の方など代理の方がお答え下さい。）
回答に「はい」とついた場合、必ず看護師や医師に確認をお願いいたします。

１．身長と体重を記入下さい。　身長　　ｃｍ　体重　　ｋｇ
※体重が120kgを超える場合、機械が動作できず撮影ができません。

２．ＭＲＩ検査を以前に受けたことがありますか？　はい　・　いいえ
最近受けたのはいつ頃ですか？　（　　）

３．心臓ペースメーカー、ICD（除細動器）、DBS（パーキンソン病の手術）は入っていますか？　はい　・　いいえ
※MRI対応機器でも専門医の付添いが必要なため当院では撮影を控えさせていただきます。

４．手術の既往はありますか？　はい　・　いいえ
※手術で体内に埋め込んだ物の種類によっては撮影できない場合がございます。
はいと答えられた方…いつ手術をなさいましたか？　（　　）
何の手術ですか？もしくは何が入っていますか？（　　）

５．人工内耳、歯科インプラント、義眼(磁石で眼窩内に固定)を使用していますか？　はい　・　いいえ
※施術した病院に必ず確認、許可を取っていただくようお願いします。

６．閉所恐怖症の可能性がありますか？　はい　・　いいえ

７．入れ墨、アートメイクなどを施していますか？　はい　・　いいえ
※使用した塗料の種類によっては、色落ち、発熱する可能性がありますので撮影する際はご了承下さい。

８．何か治療に関わる貼り薬はしていますか？　はい　・　いいえ
※薬剤によっては、MRIに反応して発熱する可能性がございますので必ずお申し付け下さい。
はいと答えられた方…何を貼られていますか？　（　　）

◆女性の方のみお答えください。

１．現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか？　はい　・　いいえ
※胎児への影響に対する臨床データがございませんので、控えさせていただきます。

２．現在授乳中ですか？　はい　・　いいえ
※腹部のMRI（MRCP）及び造影検査の場合、撮影後48時間授乳を控えていただく必要があります。

※上記内容を確認・ご理解いただけましたら、サインをお願いいたします。

ご本人様（もしくはご家族様）サイン	

確認スタッフ：　　Ｄｒの許可:　あり　・　なし
※問診したスタッフは必ず内容をチェックし、状況によりDr確認・許可をいただいて「あり」に〇を付けて下さい。

三省会 堀江病院 放射線科
TEL: 0276-38-1215（代表）