

MRI（MRA）検査 問診・同意確認書

済生会川口総合病院 放射線科 宛

検査予約日時 年 月 日() 時 分

MRI検査室内には強力な磁石があるため、身体に金属が無いことを確認する必要があります。
金属によっては検査の邪魔になったり、危険を及ぼす場合もあります。
安全に検査を行うために下記の質問にお答えください。

紹介元医療機関

名 称：

住 所：

電 話：

診療科：

医師名：

(フルネーム)

フリガナ

受診者氏名

生 年 月 日

年

月

日

性 別

男

・

女

日中連絡先

(携帯可)

1. 閉所恐怖症はありますか？ はい・いいえ
(閉所恐怖症がある場合には MRI 撮影は行えない可能性があります。)
2. 心臓ペースメーカーあるいは他の電子装置が埋め込まれていますか？ はい・いいえ
(ペースメーカー・埋め込み式除細動器や人工内耳をもつ患者様は、安全に検査ができません。)
3. 脳動脈瘤クリップが入っていますか？ はい・いいえ
(クリップの種類によっては、安全に検査できないことがあります。)
4. 眼に金属片が入っている可能性がありますか？ はい・いいえ
(機器工や修理工などで金属片が目に入っている可能性がある方は、安全に検査できないことがあります。)
5. 以下のもので、該当するものがありますか？(該当するものに ☒ を付けてください。) はい・いいえ
- ☐ 歯科インプラント
(磁石部が脱着不能な義歯を装着している場合、磁力が低下し固定に支障が現れる可能性があります。)
- ☐ 刺青、増毛パウダー・スプレー、アートメイク、化粧、マニキュア、ジェルネイル
(粒子に金属が含まれているものもあるので、火傷や変色する可能性があります。)
- ☐ 義眼、義足、義手、補聴器、磁石式バルーンキャップ
(磁石に強く引き付けられたり、破損や故障の原因になる可能性があります。)
- ☐ コンタクトレンズ ※当日は、外していただきますので、ケースと保存液を持参してください。
(種類によっては、眼球吸引様違和感や角膜上皮障害(視力障害)が生じる可能性があります。)
6. 妊娠していますか、またはその可能性がありますか？ はい・いいえ
(妊娠 15 週以前のMRI検査の安全性は確立されていません。当院では原則的に 20 週以降で検査を行います。)
7. 現在の体重を教えてください。 _____ Kg
8. 体内にある医療器具をすべて挙げてください。不明な場合は、手術した部位のみの記載でも結構です。
また、手術を行った日も記入してください。

MRI 検査を受けるにあたり、上記の申告内容に間違いはありません。
検査の注意事項を十分理解した上で、MRI 検査の実施に同意します。

年 月 日 署名

(本人・代理人)

..... 済生会川口総合病院スタッフ記入欄

上記内容を説明し確認しました。

MRI 室最終確認者 氏名