

MRI 検査 問診・同意確認書

検査予約日	年	月	日	AM	・	PM	:
フリガナ 患者氏名	生年月日			M・T・S・H・R	年	月	日
検査部位	(+ ・ -)			申込医療機関名			

MRI 検査室内には、強力な磁力があります。検査室に入る前に、身体に金属が無い事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、危険を及ぼすものもあります。安全に検査を行うため下記の質問にお答えください。

1. 患者さんは、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さんは、安全に検査ができません。)
2. 患者さんは、脳動脈瘤クリップがはいっていますか？ 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。)
3. 患者さんの目に金属片が入っている可能性がありますか？ はい ・ いいえ
(機械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事があります。)
4. 患者さんは、義眼、義足、義手、歯科インプラント、補聴器を装着していますか？ はい ・ いいえ
(磁気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。)
5. 患者さんは、刺青、アートメイク、化粧(アイメイク等)、付け爪(マニキュア・ジェルネイルなど) はい ・ いいえ
をしていますか？(顔料に鉄粒子が含まれるものがあるので、火傷や変色する可能性があります。)
6. 患者さんは、コンタクトレンズをしていますか？(検査当日は、取外し用ケースを持参ください。) はい ・ いいえ
(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。)
7. 患者さんは妊娠しているか、もしくは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。)
8. 患者さんの体内にある医療器具をすべて挙げてください。(名称不明な場合は手術した部位のみで結構です。)また、おおよそ結構ですから、その日付も記入してください。

〔 磁石式バルーンキャップ (有 ・ 無) 〕

9. 患者さんの現在の体重を教えてください。 (kg)
10. 次に挙げるものは、故障や火傷、または画像への影響を及ぼすことがありますので、検査前に取り外しをお願いいたします。

<金属製装身具> <鉄製小物> <精密電子機器> <磁気記録媒体> <その他>	<input type="checkbox"/> ヘアピン <input type="checkbox"/> 安全ピン <input type="checkbox"/> アクセサリ(指輪・イヤリング・ネックレス) <input type="checkbox"/> かつら <input type="checkbox"/> 酸化鉄が含まれる増毛スプレー <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 金属のついた下着 <input type="checkbox"/> 付け爪(マニキュア・ジェルネイル) など <input type="checkbox"/> はさみ <input type="checkbox"/> 筆記用具 <input type="checkbox"/> 鍵 <input type="checkbox"/> ライター <input type="checkbox"/> クリップ など <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 時計 <input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> 携帯電話 など <input type="checkbox"/> 磁気カード(クレジットカード、キャッシュカード) <input type="checkbox"/> テレホンカード <input type="checkbox"/> 診察券 など <input type="checkbox"/> 貼り薬(ニトロダーム、湿布、エレキバン、カイロなど) <input type="checkbox"/> ヒートテック等の保温性の高い下着 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 心電図の電極シール
---	---

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

年 月 日 署名 (本人 ・ 代理人)

MRI 室 最終確認者()