

MRI 検査問診票・同意書

以下に当てはまる場合は予約時に必ずご連絡をお願いいたします。

太字に当てはまる場合は検査できません。

事前申告の不備によっては当日検査できない場合がございますのでご注意ください。

頭・心臓・その他体内に人工物・金属が入っていますか？

いいえ

はい……………（部位： _____ 手術日： _____ 素材： _____）

上記「はい」の方

1. 日本国外で手術した

2. 材質不明、または磁性体

3. 平成元年以前の手術

4. ペースメーカー・埋込型除細動器 **5. MRI 非対応**

6. いずれにも当てはまらない

1～3いずれかに当てはまる方へ→手術後、MRI 検査は初めてですか？

いいえ

はい（不明） → 「はい・不明」の方は放射線科へご連絡ください。

ワイヤーの歯科矯正を行っていますか？

いいえ

はい……………かかりつけの矯正の病院へ MRI 可能かのご確認をお願いします。 確認済み

撮影範囲が頭部～頸部の場合、画像に影響が出る場合があります。 同意します 同意しません

妊娠 13 週以内、妊娠の可能性はありますか？

いいえ

はい……………胎児への安全は確立されていません。 同意します 同意しません

内視鏡クリップ使用後 2 週間未満、磁性体ステント挿入術後 8 週間未満ですか？

いいえ

はい……………（術日： _____ 月 _____ 日） 内視鏡クリップ 磁性体ステント

※注意：内視鏡クリップは 2 週以降、磁性体ステントは 8 週以降での予約をお願いします。

刺青、アートメイク、美容整形術で植え込み金糸等がありますか？

いいえ

はい……………やけど、変形、変色の恐れがあります。 同意します 同意しません

マニキュア、ジェルネイル、酸化鉄・酸化亜鉛・酸化チタンを含む化粧品はありますか？

いいえ

はい……………やけど、変形、変色、画像へ影響の恐れがあります。 同意します 同意しません

カラーコンタクトをしていますか？（クリアコンタクトレンズは問題ありません。）

いいえ

はい……………失明の恐れがあります。当日はケースをお持ちください。 了承します

白髪染めスプレー、増毛スプレー

画像への影響、機械の故障の恐れがあります。当日のご使用はお控えください 了承します

上記問診内容以外にもご不明点・伝えておきたいこと等ございましたら、お気軽にご相談ください。

私は上記記載の問診に相違なく答え、十分な説明を受けた上で MRI 検査に同意します。

署名日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査紹介医師署名 _____

患者署名
(代理人)

(続柄)

あそか問診医師署名 _____