

患者様ID

氏名

生年月日

検査日

MRI問診・同意書

検査を安全に行うために大切ですので、必ず全項目にお答えください。

(1)体内金属が挿入されていますか？ (なし・あり)

ありの場合、項目に○印をつけてください。

心臓ペースメーカーまたは除細動器、脳動脈瘤クリップ、脳深部刺激装置、脊髄刺激装置、

人工内耳、人工中耳、眼内ドレーン、義眼、人工心臓弁、インシュリン注入ポンプ、

その他(具体的にご記入ください) _____

*MRI対応でない(MRI対応であるか否かが不明である場合を含む)装置が挿入されている場合、MRI検査はできません。患者カードなどでMRI対応であるか否かを確認する必要があります。

(2)眼球内異物がある(疑いを含む)と言われたことがありますか？ (なし・あり)

*眼球内金属の場合にはMRI検査はできません。CTで確認させて頂く場合があります。

(3)挿入6週間以内の血管内ステントがありますか？ (なし・あり)

(4)水頭症の治療で脳室腹腔シャント、腰椎腹腔シャント、または脳室心房シャント

が挿入されていますか？ (なし・あり)

*ある場合には検査前後で脳神経外科医による確認調整があります。

(5)スリカゲツカテーテル、磁石閉鎖式尿道留置カテーテルの挿入、装着はありますか？ (なし・あり)

(6)入れ墨、アートメイク、医療目的外異物がありますか？ (なし・あり)

*ある場合でMRI検査を施行する場合には<別紙2>の同意書も別途ご記入いただきます。

(7)以下の物品は安全のために検査前に外していただきます。

化粧、カラーコンタクトレンズ、マスカラ、アイラインなどMRI検査予約書に記載の注意事項。

(8)上記以外で取り外しのできない物品がありますか？ (なし・あり)

*ある場合には実施した施設でMRI対応であるか否かを確認していただきます。

(9)閉所恐怖症はありますか？ (なし・あり)

(10)妊娠の可能性はありますか？ (絶対妊娠していない・わからない・妊娠している)

*妊娠初期3ヶ月でのMRIについて有害事象の報告はありませんが、積極的な推奨はされていません。

(11)30分ほど寝た状態で検査します。体勢保持は可能ですか？ (可・不可)

(12)本日からMRI検査日までに手術の予定がありますか？ (なし・あり)

*MRI検査中に上記問診以外の金属を発見した時は検査を中止する場合があります。

以上の安全説明を受け、同意「する」か「しない」にご署名ください。

□私はMRI検査を受けることに同意します。

年 月 日 署名

□私はMRI検査を受けることに同意しません。

年 月 日 署名

MRI施行判定 可 ・ 不可

上記項目内容を確認しました。

医師署名