

MR I 検査同意書 (問診票)

[MR I 検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください]

1. 今までに、MR I 検査を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
2. 閉所恐怖症はありますか? (はい・いいえ)
- ★3. 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器などは入っていますか? (はい・いいえ)
- ★4. 人工内耳などの体内電子装置は入っていますか? (はい・いいえ)
- ★5. 妊娠していますか? (女性のみ) (はい・いいえ)

★3. 4. 5. が はい の方は、検査を受ける事ができません。

6. 手術、事故や怪我などで体内に金属が入っていますか? (はい・いいえ)
はいと答えた方、該当するものがあれば ○ をつけてください。

脳動脈瘤クリップ ・ 脳室バルブシャント ・ 心臓ステント・食道ステント ・ 心臓人工弁 (金属弁)
皮下埋込型ポート ・ 針 ・ 避妊リング ・ 金属製義眼 ・ 磁石性義歯 ・ 血管静脈フィルター
その他 () (時期)

7. 補聴器をしていますか? (はい・いいえ)
8. ニトロガムやニコチネルなどの貼付剤を使用していますか? (はい・いいえ)
9. タトゥー、刺青、アイメイク、永久アイラインなどしていますか? (はい・いいえ)
10. 尿路用バルーンカテーテルをしていますか? (はい・いいえ)

はい と答えた方で、磁石を利用したキャップ (D I Bキャップ・青いキャップ) の方は
検査前に交換が必要となります。お申し出ください。

- カラーコンタクトはしないでください。(金属を含む物があります)
- 吸湿発熱素材を使用した機能性肌着 (例: ユニクロのヒートテックなど) は水分を吸収し、火傷をする恐れがあります。更衣の際は脱いでいただきますのでご了承ください。

【同意書】

主治医 _____

※上記の内容を十分理解したうえで、MR I 検査を受ける事を同意します。

ご署名日 年 月 日

患者様 署名 _____

代理人 署名 _____

(続柄:)