

MRI 検査問診・同意書

先生方へ：問診と同意書の取得は、予約時に行ってください。同意書に未記入・不備が認められる場合は、検査を延期させていただくことがあります。

問診：いいえ / はい に必ず○をつけてください。

※医師が確認・記入して下さい

はい のある方は検査を受けられません（最重要項目）

1. 電気電子機器を埋め込んでいる。…………… いいえ / はい
心臓ペースメーカー、神経刺激装置、人工内耳、磁石式人工肛門、埋込み式インスリンポンプなど
※当院では MRI 対応ペースメーカーでも検査は受けられません。
2. MRI 非対応の脳動脈クリップ、頸動脈クランプなどを使用している。…………… いいえ / はい
3. 手術以外（戦争・事故・仕事）で身体の中に金属・金属粉が入っている可能性がある…………… いいえ / はい
4. 金属製の義眼を使用している。（可動性）…………… いいえ / はい
5. 妊娠 15 週以内、または妊娠の可能性がある。（女性のみ、男性は未記入で可）…………… いいえ / はい
6. 内視鏡検査で止血/マーキングクリップを使用した（1ヶ月以内）…………… いいえ / はい
7. 造影 MRI の時は eGFR を記入して下さい。 eGFR<45 造影禁忌
eGFR() 採血日 (/) 3ヶ月以内

医療機器/器具の埋込みまたは留置について

● 各項目すべて確認し、御了承の上、署名をお願いします。 ●

- (1) いままで手術や治療をして体内に金属が入っている…………… いいえ / はい
※「はい」と答えた方にお聞きします。

①いつ頃、どんな手術ですか。 (年頃 / 手術:)

②手術後、MRI 検査をした事がありますか。…………… いいえ / はい

- (2) 磁石で装着するタイプの義歯を使用している。…………… いいえ / はい

- (3) 入墨、タトゥー、アートメイクが入っている…………… いいえ / はい

- (4) ニトロダーム TTS（心臓薬）、ニコチネル TTS（禁煙薬）

ノルスパンテープ（疼痛薬）など金属を含む貼り薬の使用がある…………… いいえ / はい

- (5) 閉所恐怖症がある（狭いところが苦手）…………… いいえ / はい

* (1)・(2)に“はい”がある場合、MRI 対応か非対応かの確認が必要です。

ご不明の場合は、治療施設への問合せをお願いします。

* (1)～(4)については火傷を起こす場合がございます。

* (2)については磁力の低下を起こす場合がございます。

検査の設定上必要ですので、現在の身長・体重を記入してください。 [cm / kg]

MRI 検査同意書

衣笠病院 殿

上記の通り説明と問診をし、検査可能であることを確認しました。 年 月 日 (同意書取得日)

紹介元医療機関名

説明医

印

MRI 検査を受けるにあたり、上記の説明と問診を受け、MRI 検査を受けることを同意します。

ID

患者氏名

保護者または

代理人氏名

○記載された情報は、個人情報保護方針に基づき管理され安全な検査の目的にのみ使用いたします。お問い合わせは衣笠病院 地域連携室まで

TEL 046-852-1182

総合病院 衣笠病院