

MRI検査問診・同意書

□スキャン済③

《 医師確認・記入欄 》

■ 最重要項目 ※この太枠内は医師が確認・記入して下さい。

△「あり」の場合、検査を受けられません。(①～③)

△ 不明な場合は検査を延期または中止する場合があります。(①～④)

① 体内金属・医療機器

ペースメーカー(MRI対応も不可)/神経刺激装置/人工内耳などの電子機器

MRI非対応な金属(動脈瘤クリップ/ステント/義眼など)

事故・ケガなどで不明な金属が入っている可能性

【あり/なし】

② 最近の処置

1か月以内に内視鏡検査で止血クリップを使用した

【あり/なし】

③ 妊娠

妊娠15週以内、または妊娠の可能性ある(女性のみ)

【あり/なし】

■ 造影MRIの方のみ

eGFR: _____ (3か月以内)

採血日: _____ 年 月 日

※ eGFR<45の場合は造影不可

■ 医療機器・装着物について

△「あり」の場合、画像の乱れや磁力の低下、火傷の可能性あります。

④ 過去に手術や治療をして体内に金属が入っている

【あり/なし】

ありの方、いつ頃、体のどのあたりにありますか?(_____)

手術後、MRI検査をしたことがありますか。

【あり/なし】

⑤ 体表金属

磁石付き入れ歯/補聴器/金属を含む貼り薬(ニトロダームTTS等)

【あり/なし】

⑥ 美容・装飾

植え込み金糸/入れ墨/タトゥー/アートメイク/ジェルネイル等

【あり/なし】

⑦ 閉所恐怖症

狭いところが苦手

【あり/なし】

■ 検査の設定上必要ですので、現在の身長・体重を記入して下さい。

【身長 cm/体重 kg】

衣笠病院 病院長 殿

上記の説明と問診内容を理解し、MRI検査を受けることに同意します。

年 月 日

受診者氏名

保護者または代理人氏名(患者が署名できない場合)

患者ID

(患者との関係: _____)

上記の説明と問診を行い、MRI検査が可能であることを確認しました。

同意取得日 年 月 日

紹介元機関名

説明医署名

○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 046-852-2693(直通)

総合病院 衣笠病院