

# MRI 検査問診同意書

ID

氏名

生年月日

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

MRI検査は強い磁石と電波を利用した検査です。

安全に検査するために以下の項目を確認の上、同意してください。

※未記入の場合は検査が受けられなくなる場合がありますので必ずお答えください。

## ◆検査実施不可(以下の項目に当てはまる場合はMRI検査は危険な為出来ません)

確認項目	なし	あり
頭の手術（深部脳刺激装置、迷走神経刺激装置）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目の手術（眼瞼（がんけん）スプリング、ワイヤー、可動性義眼）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
耳の手術（人工内耳、人工耳小骨）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳房の手術（乳房再建術専用ティッシュ・エキスパンダー）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ペースメーカー（MRI対応型は除く） ICD（MRI対応型は除く）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

実施不可

## ◆確認事項（MRI検査可能か担当医の確認が必要）

確認項目	なし	あり
頭の手術（動脈瘤クリップ・コイル手術、頭蓋骨固定プレート）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目のまわり（マスカラ、カラーコンタクトレンズ、眉墨）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
歯の治療（インプラント、磁石を用いた義歯、差し歯、ブリッジ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部の手術（ワイヤー固定、人工弁、コイル、ステント、フィルター）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
消化器系処置・手術（内視鏡クリッピング、消化器手術の吻合クリップ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整形外科の手術（人工物、プレート、金具義肢）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他の手術 （刺青、アイライン、手術クリップ、人工肛門（磁石式パウチ） DIBキャップ、金属製避妊具 など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
上記のもの以外に金属類が体内に存在する可能性がありますか？ （例：針、事故等の金属体内遺物 など）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
妊娠の可能性（特に妊娠初期（4ヵ月未満）は検査実施不可）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
閉所恐怖症（狭い空間に入る為、ご本人が了承していれば検査可能）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

原則  
実施不可

※上記に該当する場合は磁石の吸引力による危害や発熱による熱傷、変色の恐れがあります。

上記の通り説明と問診し、検査可能であることを確認しました。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当医署名 \_\_\_\_\_

MRI検査の説明と問診を受け、上記注意事項に関して理解した上で検査に同意します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 署名 \_\_\_\_\_ （続柄： \_\_\_\_\_）  
（患者または家族・代理人）

埼玉石心会病院

TEL：04-2953-6611

○埼玉石心会病院・さやま総合クリニック・さやま腎クリニック

2018/07/04版