

MRI 検査問診票・同意書

検査日令和 年 月 日 午前・午後 時 分

患者 ID 氏名 様

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 身長 cm 体重 kg

MRI 検査は強い磁場を使います。MRI 室での安全性に問題があると判断した場合、またはチェックリストに記載不足がある場合は検査が行うことができません。
安全な検査を行うために、下記の質問にお答え下さい。

1. 下記の手術を受けたことがありますか → (はい ・ いいえ)

心臓ペースメーカー・人工内耳・神経刺激装置・心臓人工弁・冠動脈ステント・
脳動脈瘤手術による金属クリップやコイル・人工関節や固定プレート

*術後、MRI を受けたことはありますか → (はい ・ いいえ)

2. 下記のもので該当するものはありますか → (はい ・ いいえ)

入れ歯・インプラント・補聴器・カラーコンタクト・タトゥー・(入れ墨)・
アートメイク(眉毛、アイライン等)・閉所恐怖症・妊娠中・妊娠の可能性が
ある方

MRI 検査を受けるにあたり、注意事項について書面および口頭で説明を受け、その内容に十分に理解した上で、検査の実施に同意いたします

令和 年 月 日

患者名

代理者名 (続柄)

担当医