

MRI 検査の問診票・同意書

予定日時： 年 月 日 時 分

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問にお答え下さい。

また、ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ね下さい。

いずれかに○印でお答え下さい。

1. ペースメーカー(心臓・肛門等)を使用していますか。(MRI 不可)	はい	いいえ
2. ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。(MRI 可)	はい	いいえ
3. 人工内耳を使用していますか。(MRI 不可)	はい	いいえ
4. 脳動脈瘤クリップを使用していますか。(年 月 施行)	はい	いいえ
5. カラーコンタクト・補聴器を使用していますか。 (装着時、MRI 室への入室不可)	はい	いいえ
6. 磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。 (装着時、MRI 室への入室不可)	はい	いいえ
7. 義手・義足を使用していますか。(装着時、MRI 室への入室不可)	はい	いいえ
8. 刺青やアートメイク・ボディーピアスをしていますか。	はい	いいえ
9. 以下のようなものは体内にありますか。 <u>※MRI 検査が可能か事前にご確認ください。</u> ・PV シヤント ・人工心臓弁 ・ステント ・人工関節 ・置き針 ・薬物注入ポート ・治療による体内金属 ・体内残留の金属片 ・避妊リング	はい	いいえ
10. 狹いところが苦手と感じたことがありますか。	はい	いいえ
11. せき・痛み・しづれなどで、30 分程度の静止が困難ですか。	はい	いいえ
12. 女性の方へ、現在妊娠をしている可能性はありますか。	はい	いいえ

◇上記に「はい」がある場合、身体の安全を考え、検査を中止することがあります。

年 月 日 担当医師：

赤坂山王メディカルセンター院長殿

私は、今回の MRI 検査を受けるにあたり担当医師から説明書に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

年 月 日

住所：

氏名：

印

同席者又は代諾者：

続柄：

(注) 署名は本人がなさってください。

但し、未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。

MRI 検査の問診票・同意書

予定日時： 年 月 日 時 分

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問にお答え下さい。

また、ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ね下さい。

いずれかに○印でお答え下さい。

1. ペースメーカー(心臓・肛門等)を使用していますか。(MRI 不可)	はい	いいえ
2. ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。(MRI 可)	はい	いいえ
3. 人工内耳を使用していますか。(MRI 不可)	はい	いいえ
4. 脳動脈瘤クリップを使用していますか。(年 月 施行)	はい	いいえ
5. カラーコンタクト・補聴器を使用していますか。 (装着時、MRI 室への入室不可)	はい	いいえ
6. 磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。 (装着時、MRI 室への入室不可)	はい	いいえ
7. 義手・義足を使用していますか。(装着時、MRI 室への入室不可)	はい	いいえ
8. 刺青やアートメイク・ボディーピアスをしていますか。	はい	いいえ
9. 以下のようなものは体内にありますか。 <u>※MRI 検査が可能か事前にご確認ください。</u> ・PV シヤント ・人工心臓弁 ・ステント ・人工関節 ・置き針 ・薬物注入ポート ・治療による体内金属 ・体内残留の金属片 ・避妊リング	はい	いいえ
10. 狹いところが苦手と感じたことがありますか。	はい	いいえ
11. せき・痛み・しづれなどで、30 分程度の静止が困難ですか。	はい	いいえ
12. 女性の方へ、現在妊娠をしている可能性はありますか。	はい	いいえ

◇上記に「はい」がある場合、身体の安全を考え、検査を中止することがあります。

年 月 日 担当医師：

赤坂山王メディカルセンター院長殿

私は、今回の MRI 検査を受けるにあたり担当医師から説明書に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

年 月 日

住所：

氏名：

印

同席者又は代諾者：

続柄：

(注) 署名は本人がなさってください。

但し、未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。