

MR I 検査問診票・同意書

検査を安全にお受けいただくための質問です、該当する解答の□にチェック✓をして下さい。

1. MR I 検査を受けるのは初めてですか？ いいえ はい

2. 体内に以下のような、医療用の金属・機器・人工物はありますか？

☆ 心臓ペースメーカー（MR I 対応を含めて）、埋め込み型除細動器：ICD いいえ はい

☆ 可変圧式バルブシャント（脳室シャント・V-Pシャント） いいえ はい

☆ 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置 いいえ はい

☆ 脊髄刺激装置、脊椎管内リード線 いいえ はい

☆ 刺青（タトゥー）、アートメイクをいれていますか？ いいえ はい

☆ 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？ いいえ はい

⇒ 妊娠14週未満ですか？ いいえ はい

**禁忌事項 「はい」の方は原則として検査が行えません
医師の確認が必要となります**

☆ 脳動脈クリップ（クモ膜下出血の手術、MR I 対応を含めて） いいえ はい

☆ 消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ いいえ はい

☆ 心臓や血管内の金属類・人工物

<人工心臓弁、ステント、コイル、人工血管、フィルター、リード線など> いいえ はい

☆ 気管や食道、胆管などの金属ステント いいえ はい

☆ 脊椎固定具、人工関節、人工骨頭（整形外科手術） いいえ はい

3. 体内に外傷による金属片（鉄片や銃弾破片など）がありますか？ いいえ はい

4. 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい。

・義眼・義足・義手・かつら・体内置き針

・歯列矯正器具・義歯（入れ歯、インプラント、磁石を利用した義歯）

・補聴器・避妊リング・コルセット・カラーコンタクトレンズ

外せる物があれば外してください

※ 2~4以外の金属、機器、人工物があればご記入下さい。

()

5. 貼り薬（外すのに医師の指示が必要なもの）を貼っていますか？ いいえ はい

6. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい

7. 痛み・咳・しびれなどで、約20分程度の静止が困難ですか？ いいえ はい

同意書

上記の問診の注意事項を読み、その内容を理解し了承しましたのでMR I 検査を実施する事に同意します。

令和 年 月 日

患者または家族・代理人の署名

[続柄]