

# 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

ふりがな 名前	男 ・ 女	生年月日 昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所 〒		
電話番号	体重	kg