

M R I 検査同意書（問診票）

[M R I 検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください]

1. 今までに、M R I 検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
2. 閉所恐怖症はありますか？ (はい・いいえ)
★3. 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器などは入っていますか？ (はい・いいえ)
★4. 人工内耳などの体内電子装置は入っていますか？ (はい・いいえ)
★5. 妊娠していますか？（女性のみ） (はい・いいえ)

★3. 4. 5. が はい の方は、検査を受ける事ができません。

6. 手術、事故や怪我などで体内に金属が入っていますか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方、該当するものがあれば ○ をつけてください。

脳動脈瘤クリップ ・ 脳室バルブシャント ・ 心臓ステント・食道ステント ・ 心臓人工弁（金属弁）
皮下埋込型ポート ・ 針 ・ 避妊リング ・ 金属製義眼 ・ 磁石性義歯 ・ 血管静脈フィルター
その他（ ） （時期 ）

7. 補聴器をしていますか？ (はい・いいえ)
8. ニトロガムやニコチネルなどの貼付剤を使用していますか？ (はい・いいえ)
9. タトゥー、刺青、アイメイク、永久アイラインなどしていますか？ (はい・いいえ)

●カラーコンタクトはしないでください。（金属を含む物があります）

●吸湿発熱素材を使用した機能性肌着（例：ユニクロのヒートテックなど）は水分を吸収し、火傷をする恐れがあります。更衣の際は脱いでいただきますのでご了承ください。

【同意書】

主治医 _____

※上記の内容を十分理解したうえで、M R I 検査を受ける事を同意します。

ご署名日 年 月 日
患者様 署名 _____
代理人 署名 _____ (続柄:)
同席者 署名 _____