

# MRI 検査問診票・同意書

患者氏名	様	検査予定日	年 月 日
生年月日	年 月 日	検査項目	<input type="checkbox"/> MRI 単純 <input type="checkbox"/> MRI 造影
男・女	身長      cm      体重      Kg		

◎MRI 検査を安全に受けていただくために、下記の質問にお答えいただき、十分な説明を受けてください。  
(生体への影響を及ぼす可能性がある場合、検査を受けられない可能性があります。)

- 1 心臓ペースメーカー・人工内耳・埋込型補聴器などの方の検査は行えません ( あり ・ なし )  
いずれもありませんか？
- 2 脳動脈瘤クリップ、冠動脈ステントなどある ( あり ・ なし )
- 3 手術で体内に金属を埋め込んでいる ( あり ・ なし )  
(人工心臓弁、人工関節、ビス、プレート V-P シヤント、避妊リングなど)
- 4 入れ歯、歯科矯正具、インプラントなどをしている ( あり ・ なし )
- 5 義肢や義足、義眼などをしている ( あり ・ なし )
- 6 金属加工業などに従事した経験があり、眼内等に微細金属片が残っている可能性がある ( あり ・ なし )
- 7 刺青、アートメイクなどをしている
- 8 妊娠している、またはその可能性がある ( あり ・ なし )
- 9 閉所恐怖症である ( あり ・ なし )
- 10-1 半年以内に胃カメラ、大腸カメラを行っている。 ( あり ・ なし )  
※あると答えた方へ ( あり ・ なし )
- 10-2 その際に、止血用クリップを使用した。(覚えていない場合も「はい」へ) ( はい ・ いいえ )  
※ご不明な点がありましたら医師、または担当技師にお聞き下さい。

## 患者様への説明確認

※上記項目を確認し別紙記載の MRI 検査について十分な説明をしました。

説明日      年      月      日

医師名 \_\_\_\_\_

## 同意書

※私は上記について説明を受け十分に理解した上で、MRI 検査を受けることに同意します。

同意日      年      月      日

本人または代理人 \_\_\_\_\_

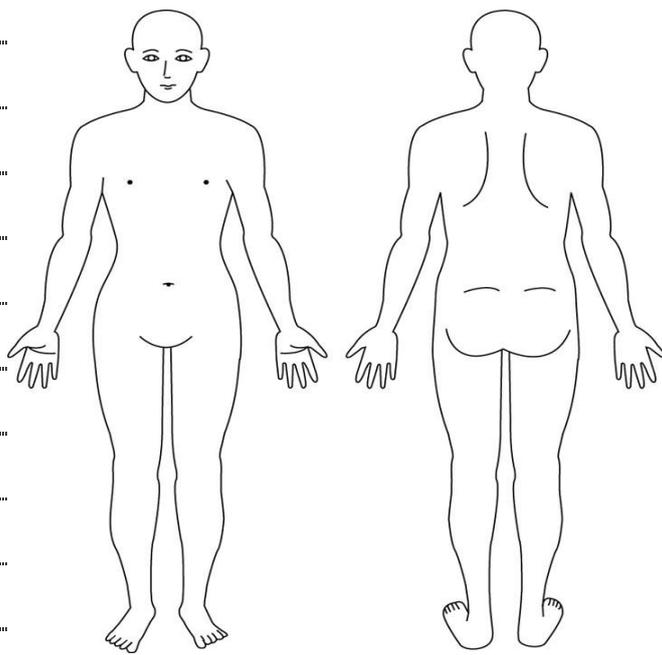
# 検査依頼書

予約日 年 月 日

ふりがな	検査日	年	月	日
お名前	男・女		時	分～
生年月日	M・T・S・H	年	月	日
身長	cm	体重	Kg	
	検査部位	モダリティ CT ・ MRI		

## 診療情報・主訴

(病状・怪我の経緯、検査で調べたい内容、希望撮影方法等詳しくご指示をお願いします。)



## 依頼元情報

〒

☎

依頼医師名

印