

MR検査 問診票・同意書

氏名

施行予定日

***検査を安全に行うために、MR検査予約時に問診を実施しています。**

以下の質問にお答えください。ご不明な点は主治医にお尋ねください。

体重を記入してください（装置に入力し検査を行います）	kg
1. 体内に心臓ペースメーカー、植込み型除細動器等ありますか	はい ・ いいえ
2. 体内に人工内耳、神経刺激装置、脊椎刺激装置等有りますか	はい ・ いいえ
3. はり治療による体内金属の埋め込みをされていますか	はい ・ いいえ
4. VPシャントはありますか	はい ・ いいえ
5. 妊娠中もしくは妊娠されている可能性がありますか	はい ・ いいえ

→ 上記 1～5の問診において『はい』の場合、MR検査はできません

6. 手術や外傷で体内に金属が入っていますか（ステント、心臓人工弁など）	はい ・ いいえ
手術時期/内容	
7. インプラント・ブリッジ・歯科矯正をされていますか	はい ・ いいえ
8. アートメイク・刺青・タトゥーをされていますか（→原則、禁忌です）	はい ・ いいえ
9. 閉所恐怖症ですか	はい ・ いいえ

→ 6 で『はい』の場合…手術執刀医師等にMRI検査が可能であることを確認してください

7 で『はい』の場合…歯科医師等にMRI検査が可能であることを確認してください

8 で『はい』の場合…発熱・変色の可能性があることを説明して同意を得てください

6～9 で『はい』の場合…状況により、当院医師の判断で検査を中止する場合があります

私はMRI検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたのでMRI検査を受けることに同意します。

記入日 年 月 日

患者または代理人の署名

（続柄： ）

問診の内容を検討した結果MR検査に支障がないと判断します

医療機関名() 医師名 () (印)

※医師の署名も必須です

近江八幡市立総合医療センター 2021 4月改訂