

MRI検査問診票・同意書

検査日:

ID:

氏名:

MRI検査問診票

MRI検査を受けたことがありますか	無・有	時期:	部位:
手術歴・病歴	無・有	病名:	

◆検査を安全かつ確実にこなうため、下記の該当する項目に○をつけ、必要事項を記入してください

検査不可

心臓ペースメーカー・除細動器	無・有	
体内電子装置（神経刺激装置など）	無・有	
人工内耳・人工耳小骨	無・有	
可動型義眼・眼内の金属片	無・有	

条件付きで検査可

脳動脈クリップ	無・有	
圧可変式シャントバルブ(脳外科医師に要相談)	無・有	
金属製人工弁（1970年以前はXPで要確認）	無・有	
内視鏡クリップ(3ヵ月未満はXPで要確認)	無・有	(年 月)
リブレ(血糖測定器)、インスリンポンプ	無・有	

注意

心臓ステント	無・有	
外科金属クリップ、ボルト、人工関節	無・有	部位:
インプラント、歯科矯正具、入れ歯、補聴器	無・有	部位:
刺青、アートメイク、コンタクトレンズ	無・有	部位:
閉所恐怖症	無・有	
妊娠中、妊娠の可能性	無・有	

MRI検査同意書

私はMRI検査を受けるときの注意等を確認し、MRI検査の実施に同意します

年 月 日

本人署名

本人署名困難な場合、代理人署名

(続柄 _____)

(20歳未満は本人と保護者署名)

社会医療法人 松藤会 入江病院