

# MRI検査問診票・同意書

## MRI検査問診票

★ 検査を安全かつ確実に行なうため、下記の項目に○をつけ、必要事項を記入してください

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

### 検査不可

心臓ペースメーカー・除細動器・神経刺激装置	無・有	MRI対応機器でも当院不可
人工内耳・人工耳小骨・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 ※材質により検査不可の場合あり	無・有	当院実施分は除く
圧可変式シャントバルブ	無・有	脳外科要相談
金属製人工弁 ※1970年以前はXPで要確認	無・有	( 年 月)
心臓(冠動脈)ステント ※留置2カ月未満は検査不可	無・有	( 月 日)
内視鏡クリップ ※3カ月未満はXPで脱落確認	無・有	( 月 日) 当院実施分は除く
持続自己血糖測定器(リブレ)・インスリンポンプ	無・有	取り外すことができれば可
マグネット式導尿カテーテル(DIB)キャップ	無・有	キャップ変更後可能 ※外来で対応可
いれずみ・アートメイク・カラーコンタクト等	無・有	やけど・変色の可能性あり
増毛パウダー (ふりかけ式人工毛)	無・有	装置故障の原因となる可能性あり
体内挿入物 (クリップ・ボルト・人工関節等)	無・有	部位：

### 注意 (※着脱可能なものはすべて外してください)

入れ歯・歯科矯正具・歯科インプラント	無・有	撮影部位によっては画像に影響あり
補聴器・時計・カード類・カイロ・車のカギ等	無・有	装置故障の原因となる可能性あり
閉所恐怖症	無・有	呼出ブザーで検査を中断可能
妊娠中または妊娠の可能性	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

署名

代理人署名

(続柄)

※本人署名困難な場合および、未成年者は代理人欄と検査を受ける方の氏名をご記入ください

社会医療法人 松藤会 入江病院