　　　　　　　　MRI検査の問診票と同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 最新の体重 |  |
| 検査予定 |  |

|  |
| --- |
| 検査予定日時 |
| 年 月 日 時 分 |

1.今までにMRI検査を受けたことがありますか いいえ　　　はい

はいと答えた方、MRI検査は造影剤を使用しての検査でしたか　　　　 いいえ　　　はい

2.体内に心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器等ありますか　　　　　無　　　　　有

3.体内に人工内耳、神経刺激装置等ありますか　　　　　　　　　　　　　無　　　　　有

4.脊柱管内リード線、脊髄刺激装置等ありますか　　　　　　　　　　　　無　　　　　有

5.今までに手術や外傷などで体内に金属が入っていますか　　　　　　　　無　　　　　有

　体内金属がある場合具体的な部位と種類について教えてください　　　 無　　　　　有

6.入れ墨、アートメイク等ありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　無　　　　　有

7.閉所恐怖症はありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　無　　　　　有

8.女性の方で現在妊娠、もしくは妊娠の可能性がありますか　　　　　　　無　　　　　有

# 記入日： 年 月 日

患者または家族代理人の署名

（続柄： ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記2～4の問診において「有」にチェックがある場合は、ＭＲＩ検査は出来ません | | |
| 上記5～8の問診において「有」にチェックがある場合で、ＭＲＩ検査を行う場合、 | | |
| 必ず注意事項と検査の必要性を説明したうえで右記（）内にＯＫと記載してください | （ | ） |
| 問診の内容を検討した結果、MRI検査に支障がないものと判断します。 |  |  |

確認日： 年 月 日

（ 医療機関 ） （ 医師名 ）

　　◎電話予約窓口：千葉光徳会　千葉しすい病院

　　　TEL：043-481-8111　月曜-金曜日　8：30～17：00　土曜日　8：30～12：00