

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