

MRI検査の問診票と同意書

検査予定日時

患者様氏名	
最新の体重	
検査予定	

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 ()
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、妊娠の可能性ありますか 無 有

----- 以下の項目は造影MRI検査をされる方のみ -----

9. 今までMRI検査で造影剤を使用して、副作用はありましたか 無 有
有と答えた方、どんな副作用でしたか → 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他()
10. 腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか 無 有 透析中
11. 今までに喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか 無 有
12. アレルギー体質や、アレルギーの病気はありますか 無 有 透析中

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5~12の問診において「有」にチェックがある場合で、MRI検査及び造影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()内にOKと記載してください ()

問診の内容を検討した結果、

- 単純MRI検査
 造影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) _____