

MRI 検査の説明と同意書(紹介用)

患者氏名	身長: cm
生年月日	体重: kg

MRIは強い磁石と電磁波を使って、検査を行う為特別な注意が必要です。

<MRI検査の危険性について>

体内および体外の医療機器はMRI検査によって破損や誤作動を起こすことがあります
体内に金属がある場合、画像のゆがみにより十分な検査が出来ない事があります
入れ墨やアートメイクは火傷や変色の可能性があります
妊娠初期(14週未満)の方は十分な安全が確認されていないため注意が必要です

下記に該当する方はMRI検査を受けていただくことが**できません**

体内に心臓ペースメーカーや人工内耳・神経刺激装置などの MRI 検査に対応していない医療機器がある

はい いいえ

下記に該当する方は安全性の**確認が必要になります**

★の項目で「はい」の場合、【 】内の該当する項目に○をご記入ください

★体内に条件付き MRI 対応の医療機器がある はい いいえ

【圧可変式 VP シャント・その他()】

★手術を受け、下記の体内金属がある はい いいえ

【脳動脈瘤クリップ・コイル・ステント・人工関節・人工心臓弁・その他()】

★内視鏡後【1ヶ月以内・6ヶ月以内・6ヶ月以上】のクリップがある はい いいえ

★【磁石で固定する歯科インプラント・義眼】をしている はい いいえ

★【入れ歯・コンタクトレンズ・補聴器】を着用している(ケースをお持ちください) はい いいえ

★【貼り薬・ホルター心電図・持続自己血糖測定器・DIB キャップ】を使用中、使用予定がある はい いいえ

■体に怪我・金属加工による金属片や狩猟等による銃弾がある はい いいえ

■体に入れ墨・タトゥー・アートメイクがある はい いいえ

★化粧品・装飾品【ウィッグ・マスカラ・増毛パウダー・ネイル】がある はい いいえ

■狭いところが苦手である(閉所恐怖症) はい いいえ

■妊娠中もしくはその可能性がある はい いいえ

MRI 検査の概要と説明をしました。安全確認を実施しました。

紹介元医師確認印

問診票の記載に間違いがなく、検査の必要性について説明を受け、質問する機会を得ました。検査の必要性を理解して、MRI 検査を実施することに同意します。

記載日 年 月 日

本人(代筆者)の署名

※自署できない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び検査を受ける方との続柄を記載。(続柄)

※その他不明な点がございましたら、担当技師へご確認ください

養生会 かしま病院