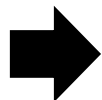


MRI 検査の問診・同意書

1. MRI 検査を受けたことがありますか？（あり・なし）
2. 閉所恐怖症（の既往）はありますか？（あり・なし）
3. 妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか？（あり・なし）
4. 手術およびカテーテル治療を受けたことがありますか？（あり・なし）
5. 4. が あり の場合のみ問診をお願いします。 現在、以下の医療機器（器具）が体内にありますか？

心臓ペースメーカー（あり・なし）
植込み型除細動器（あり・なし）
人工内耳（あり・なし）
シャントチューブ（あり・なし）
可動性義眼（あり・なし）
植込み型刺激電極（あり・なし）
骨成長刺激装置（あり・なし）



一つでも あり の場合は検査を受けることができません

脳クリップ（あり・なし）
消化器クリップ（あり・なし）
人工心臓弁（あり・なし）
ステント、コイル（あり・なし）
人工関節、ボルト等（あり・なし）
留置カテーテル（あり・なし）
避妊リング（あり・なし）
治療針（あり・なし）



手術時期：西暦 _____ 年 手術部位： _____

※手術時期や手術部位によっては
検査を受けることができない場合があります。

6. 金属研磨業の勤務経験はありますか？（あり・なし）

【依頼医師記入欄】 上記項目を問診した結果、MRI 検査（可・不可） 医師：

※これより下は検査依頼医師の記入は必要ありません。予約日時に患者本人が本票をお持ちください。

検査直前に以下の身の回り品等は全て鍵の閉まるロッカーに置いてから検査をおこないます。

※万が一 MRI 室内に持ち込んで被った損害等に関しては一切の保証はできませんのでご了承ください

ヘアピン ピアス ネックレス 眼鏡 時計 財布 鍵 指輪 ベルト 湿布 ホッカイロ
貼り薬（ピップエレキバン等やニトロダーム等） ヒートテック等の衣類 携帯電話等の電子機器
入れ歯 補聴器 その他の取り外し可能な金属 ※チェック者は必ず にチェックを入れること

【検査直前チェック者記入欄】 MRI 検査（可・不可） 技師： _____ 看護師： _____

【患者記入欄】 私は MRI 検査の目的や注意事項について十分な説明を受け、納得しましたので

MRI 検査を受けることに同意します。

年 _____ 月 _____ 日 氏名（自署）： _____

代理人氏名（本人の記入が難しい場合）： _____ （続柄： _____）