**ＭＲI検査　問診・同意書**

検査日時　　 　　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分　　　　 　体重　　　　Ｋｇ

ID

氏名　生年月日　　　　　　　　　　　　＊ＭＲＩ検査を安全に実施するために、別紙の説明・注意事項

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　をよくお読みください。

　　　　　　　　　　　　性別　　　　　　安全に検査を行うため、検査着に更衣していただきます。

診療科

又病棟

1. **下記の項目で‘あり，のある方は検査が受けられません。**

・人工内耳、イレウス管チューブ、神経刺激装置、

深部脳刺激装置、マグネット式義眼がありますか　 □なし　□あり

・妊婦および妊娠の可能性がありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □なし　□あり

1. **下記の項目で‘あり，のある方は主治医の問診が必要です。（最下段に医師の署名欄あり）**

・心臓ペースメーカー、体内自動除細動器（当院循環器内科受診の必要があります）

□なし　□あり

・手術・内視鏡等、医療行為による体内金属（クリップ、コイル、ステント、人工弁、

プレート、マグネット義歯、等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 □なし　□あり

・手術以外その他の金属（義肢、義足、砲弾、鉄片等）　　　　　 　　　　　　　　 □なし　□あり

・入れ墨（アートメイクも含む）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □なし　□あり

1. **下記の項目で‘あり，のある方は検査前に取り外していただきます。**

・入れ歯、インプラント、歯科矯正器具（担当の歯科医師に確認）　　　　　　 □なし　□あり

・義眼 、 カラーコンタクトレンズ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □なし　□あり

・かつら、毛染めスプレー □なし　□あり

・補聴器　　　　　　　　　 □なし　□あり

・貼り付けるタイプの薬（ニトロダーム他 、シップ、エレキバン等） □なし　□あり

1. **その他、下記の項目にチェックをしてください。**

・閉所恐怖症はありませんか □なし　□あり

・今までにＭＲＩ検査をしたことがありますか □なし　□あり

以上、上記の記載に間違いありません。

私は、ＭＲＩ検査の説明を十分に理解しましたので、ＭＲＩ検査を受けることについて

＜　同意します　・　同意しません　＞　　　　　　　　どちらかに○印をつけて下さい

記載日　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　患者本人　署名　　　　　　　　　　　　　　　　（自筆）　代理人　署名　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

問診・同意書の確認者　　署名

**≪項目②の問診結果≫**

心臓ペースメーカー、除細動器 □当院の循環器内科を受診し、検査可能

医療行為による体内金属 □検査可能（　　　　　頃）（部位 　　　　）（材質　　 　　）

その他の金属 □検査可能（　　　　　頃）（部位　 　　　）

入れ墨について □検査可能（火傷や色の変色や絵柄の崩れの可能性を受諾） ＭＲＩ検査の説明、問診を行い、検査可能であることを確認しました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師署名　　　　　　　　　　　　　（自筆）

JCHO　りつりん病院