

MRI 検査同意書

患者名: _____

検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

●MRI検査は、強い磁石や電波を使用して検査を行います。
安全に検査を施行するため、下記の項目について記入をお願い致します。

- ① 心臓ペースメーカーを使用している (対応・非対応 *どちらかに○) (はい ・ いいえ)
② 脳動脈瘤クリップやコイルングを入れている (対応・非対応 *どちらかに○) (はい ・ いいえ)
③ 心臓人工弁を入れている (対応・非対応 *どちらかに○) (はい ・ いいえ)
④ スtentグラフトを入れている (対応・非対応 *どちらかに○) (はい ・ いいえ)
⑤ 避妊リング、人工内耳、インプラント(義歯、義眼、義手義足)を使用していますか (対応・非対応 *どちらかに○) (はい ・ いいえ)
⑥ 心臓冠動脈stentを入れている(挿入日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) (はい ・ いいえ)
⑦ 閉所恐怖症の可能性ありますか? (はい ・ いいえ)
⑧ 手術や事故などで体内に金属が入っている(部位: _____) (はい ・ いいえ)
⑨ 入れ墨やカラーコンタクト、マスカラをつけている (はい ・ いいえ)
⑩ 現在一般状態が極度に悪い (はい ・ いいえ)
⑪ 頭部用可変式V-Pシャントを装着している (対応・非対応 *どちらかに○) (はい ・ いいえ)
⑫ 低圧持続吸引や磁石開閉式バルーンカテーテルキャップを装着している (はい ・ いいえ)
⑬ 現在妊娠中、またはその可能性がある(妊娠 _____ ケ月) (はい ・ いいえ)
⑭ 体重をご記入下さい(不明の場合はおよその値を記載してください) 体重 _____ kg

【MRI造影検査問診票】

- ⑮ 気管支喘息の治療歴がある (はい ・ いいえ)
⑯ 以前にMRI造影剤で副作用の既往歴がある (はい ・ いいえ)
⑰ 重篤な心臓・肝臓・腎臓障害がある (はい ・ いいえ)
(腎機能障害がある場合、腎性全身性線維症;NSFを考慮する)
⑱ 本人または親族がアレルギー体質である (はい ・ いいえ)
⑲ 薬物過敏症の既往歴がある (はい ・ いいえ)
⑳ 現在授乳中である (はい ・ いいえ)

【鉄製造影検査問診票】

- ㉑ ヘモクロマトーシス等の鉄過敏症である (はい ・ いいえ)
㉒ 現在、出血しているところがある (はい ・ いいえ)
㉓ 貧血治療のため鉄剤を投与している (はい ・ いいえ)

※上記内容によって検査を中止する場合がございます。ご了承下さい。

◎MRI検査の注意事項

MRI検査は磁場(磁石)と電波を利用して体内の情報を画像化するものです。次のものは故障したり、検査に影響を及ぼすことがありますので、検査前に必ず取り外すようお願いいたします。

- ・金属製のもの (時計・眼鏡・鍵・ライター・ヘアピン・ネックレス・ピアス 等)
- ・磁気を使用したもの (キャッシュカード・テレホンカード・定期券 等)
- ・金属のついているもの (ブラジャー・スリッパ・入れ歯・カツラ 等)

その他ご不明の点がありましたら、検査前に申し出て下さい。

MRI検査を受けるにあたり、その必要性、内容などについて、医師より十分説明を受け了解致しました。よって検査の実施を承諾致します。

尚、医学的常識に基づく施術が行われたにもかかわらず、万一医学的不可抗力が生じても意義を申し立てません。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

代筆の場合はその理由をご記入下さい。

本人、又はご家族署名

※未成年の場合は保護者の署名

説明・確認医師署名

TMGあさか医療センター TEL:048-466-2055 FAX:048-497-5594