

M R I 検査同意書

検査予定日（予約日）

問診票（検査を受ける方、全てがお答えください。）

1. 心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人工内耳の方の検査は行なえません！
【いいえの方は中止してください。】
いずれもありませんか？（ はい ・ いいえ ）

20 年 月 日

時間 :

2. 手術を受けた事がありますか？（ はい ・ いいえ ）
どんな手術ですか？（ ）
3. 妊娠もしくは妊娠の疑いがありますか？（ はい ・ いいえ ）
最後の生理は（ 月 日 ・ 閉経 ）
4. 金属（銃弾・金属片）による障害を受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
その場所はどこですか？（ ）
5. 以下に列挙するものは危険性や熱、画像劣化の可能性を持つものです。有無をチェックください。

| チェック項目 | 有 無 | チェック項目 | 有 無 |
|--------------------|-------|-----------------|-------|
| 脳動脈瘤クリップ | 有 ・ 無 | 義眼・入れ墨（アイライナー含） | 有 ・ 無 |
| 血管内のステント・コイル・フィルター | 有 ・ 無 | 金属の縫合用ワイヤー | 有 ・ 無 |
| 圧可変式シャントバルブ | 有 ・ 無 | 陰茎内の埋込物や子宮内の避妊具 | 有 ・ 無 |
| 埋込型の薬剤動注ポンプ | 有 ・ 無 | 腎シャント | 有 ・ 無 |
| 神経や骨成長刺激用の機械 | 有 ・ 無 | 脳室シャント | 有 ・ 無 |
| 心臓など体内の電極や金属 | 有 ・ 無 | ワイヤーメッシュ | 有 ・ 無 |
| 埋込型のインシュリンポンプ | 有 ・ 無 | 義肢・義足 | 有 ・ 無 |
| その他体内金属・カテーテルなど | 有 ・ 無 | 人工関節・人工骨頭・ピン等 | 有 ・ 無 |
| 血管用や手術クリップ | 有 ・ 無 | 義歯・歯科矯正用ブレース | 有 ・ 無 |
| 人工心臓弁 | 有 ・ 無 | 外すことのできる入れ歯 | 有 ・ 無 |

6. 脳動脈クリップの欄で有とお答えの方（手術年 年 / 材質 ）
7. 冠動脈ステントは、埋込 8 週間以内は原則検査を行なえません。止むを得ず行なう場合は主治医から十分な説明を受けてください。（主治医の先生へ、説明後、確認欄へのチェックをお願いします。）

造影検査問診票（造影検査を受ける方は、以下についてもお答えください。）

1. 気管支ぜんそくと言われたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
2. 今までに造影剤を使用した検査を受け気分が悪くなったり、じんましんなどが出たことがありますか？
（ はい ・ いいえ ・ 今回初めて ）
はいとお答えの方（ ・ 検査中 ・ 帰宅してから ）症状： _____
3. 今までに薬を飲んだり注射をして気分が悪くなったり、じんましんなどが出たことがありますか？
（ はい ・ いいえ ） はいとお答えの方 薬・注射名 _____
4. 鼻炎や皮膚炎などのアレルギー体質と言われてことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

医師造影剤使用確認欄 以下は程度により原則禁忌となります。ある場合チェックください。 気管支喘息
重篤な心機能低下 重篤な肝機能低下（重症急性肝炎） 重篤な腎機能障害（透析 有 ・ 無）

患者様への説明確認

M R I 検査について、十分な説明と同意を得ました。

日 付 20 年 月 日 主治医署名 _____

_____ ステントのリスクについて十分な説明と同意を得ました。

同意書

上記について十分に理解した上で、M R I 検査を受けることに同意します。

日 付 20 年 月 日 患者署名 _____

本人記入困難な場合 代理人続柄(_____)代理人署名 _____