

# MRI 問診票・同意書

安全に検査を行うため、以下の問診にご協力ください。

問診の結果によっては、身体の安全性を考慮し検査を中止することがあります、ご了承ください。

検査当日は問診票・同意書を持参していただくようお願いいたします。

技師チェック

・MRI 検査を受けるのは初めてですか？	いいえ ・ はい	<input type="checkbox"/>
・手術歴はありますか？ 「はい」の場合（いつ、どこの部位、どちらの医療機関で？） 具体的に _____	いいえ ・ はい	<input type="checkbox"/>

## 禁忌項目（ありの場合 検査不可）

・心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器：ICD	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・可変圧式バルブシャント（脳室・腹腔）	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・眼球内金属片、事故等による体内金属片の混入	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>

## 準禁忌項目（ありの場合 MRI 非対応、または不明 検査不可）

・脳動脈瘤クリップ、人工心臓弁、ステント、コイル、人工関節などのインプラント、その他の体内金属（_____）	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・入れ墨（アートメイク、タトゥー）	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・磁石を利用した義歯、義眼	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>

## その他の項目

・閉所恐怖症	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・補聴器	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・コンタクトレンズ	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・妊娠あるいは妊娠している可能性	なし ・ あり	<input type="checkbox"/>

該当項目すべて確認、了承の上検査を依頼します。

検査依頼医師 \_\_\_\_\_

## 同意書

上記の内容に関して十分な説明を受け、検査を受けることに同意します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様または家族・代理人のご署名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

医療法人高遼会 高遼会病院

〒547-0044 大阪府大阪市平野区平野本町 4 丁目 15-6

TEL. 06-6791-0928 FAX. 06-6793-1308