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にお願いいたします。

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 | □ |
| ・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 | □ |

**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 | □ |
| ・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置 | なし　・　あり | □ |
| ・可変圧式バルブシャント（脳室・腹腔） | なし　・　あり | □ |
| ・眼球内金属片、事故等による体内金属片の混入 | なし　・　あり | □ |

**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 | □ |
| ・入れ墨（アートメーク、タトゥー） | なし　・　あり | □ |
| ・磁石を利用した義歯、義眼 | なし　・　あり | □ |

**その他の項目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ・閉所恐怖症 | なし　・　あり | □ |
| ・補聴器 | なし　・　あり | □ |
| ・コンタクトレンズ | なし　・　あり | □ |
| ・妊娠あるいは妊娠している可能性 | なし　・　あり | □ |

**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