

MRI検査のための問診票・同意書

記載日： 年 月 日

患者様氏名

様

MRI検査は痛みや放射線被曝がなく、強い磁力を利用した検査です。したがって心臓ペースメーカー等の磁性体が体内に装着されている患者様には施行できません。

検査が円滑に施行する為下記事項で該当する項目に記入してください。

- 1, 過去の手術歴の有無 なし あり
『あり』の場合 手術名 () いつ ()
手術名 () いつ ()
手術名 () いつ ()

- 2, 以下の装着物の有無
 心臓ペースメーカー、人工内耳、神経伝導装置などの体内電子機器
 人工心臓弁 スtent 脳動脈クリップ・コイル コンタクトレンズ
 脳室・腹腔シャント 眼球付近の金属混入 補聴器
 貼り薬（エレキバンなど） 義歯（入れ歯、インプラントなど）
 入れ墨（眉毛、アイライン、その他具体的に)
 リブレ 内視鏡クリップ
 その他上記以外の金属 ()

- 3, 女性の方で現在、妊娠（可能性も含む）していませんか？
 なし あり

- 4, 鉄剤に対する過敏症の既往や、ヘモクロマトーシスなど鉄過敏症の治療をしていませんか？
 なし あり

造影検査が必要な場合は、この用紙とは別に「造影剤使用のための問診票・同意書」が必要です

MRI検査 (可 不可)

確認医師

※ 腹部MRI (MRCP) 検査を受ける場合 : 記載のない場合は使用しません

フェリセルツの使用 可 ・ 不可

(医療法人) 良秀会 高石藤井病院 院長 殿

年 月 日

私は、この度予定されたMRI検査の必要性和、リスク等についての説明を受け、十分に理解しましたのでMRI検査を受けることに同意いたします。

本人署名 :

住所 :

保護者または
代理人 署名 :

(続柄:)