MRI検査問診票

患者さまにご迷惑をお掛けしないよう、かつ検査を安全・確実に行うため、以下の項目にお答えください。
該当する項目に印☑をつけてください。“はい”を選ばれた方は（　）の中に具体的な言葉をお書き下さい。

①今までにMRI検査を受けたことがある

□いいえ　□はい

②心臓ペースメーカーを使用している

□いいえ　□はい　心臓ペースメーカーを使用している方は検査を行えません。

③人工内耳の手術をしている。

□いいえ　□はい　人工内耳を使用している方は検査を行えません。

※④から⑦までの項目は、磁石の影響を受ける金属を使用している場合は検査を行えません。
使用している素材の確認をお願いします。

④心臓人工弁がある。

□いいえ　□はい（時期・材質：　　）

⑤脳動脈瘤クリップや、外科的手術にてクリップがある

□いいえ　□はい（時期・部位・材質：　　）

⑥整形外科的手術にて人工関節等の金属がある

□いいえ　□はい（時期・部位・素材：　　）

⑦ステントなど、その他体内に金属がある

□いいえ　□はい（時期・部位・素材：　　）

⑧圧可変式バルブ付きVPシャントがある

□いいえ　□はい　圧可変式バルブ付きVPシャントがある方は検査をお断りしております。

⑨磁石を利用した入れ歯を使用している

□いいえ　□はい

※「はい」の方のみお答え下さい。

検査を行うと磁気の低下や緩み、変形を起こす場合があります。検査に同意しますか？　□いいえ　□はい

⑩入れ墨、アートメークがある。

□いいえ　□はい

※「はい」の方のみお答え下さい。

検査を行うとヤケドや変色を起こす可能性がありますが、検査に同意しますか？　□いいえ　□はい

⑪女性のみお答えください。現在、妊娠中または妊娠の可能性がある。

□いいえ　□はい　胎児の安全性は確立されていない為、妊娠の可能性のある方の検査をお断りしています。

⑫内視鏡の止血クリップが体内にある

□いいえ　□はい　止血クリップの排出が確認できない場合検査をお断りしています。

※ご不明な点は主治医や検査担当医師・技師・看護師にお尋ねください。

私はMRI検査について説明を受け、必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意します。
（検査を受ける方が未成年及び、付き添いが必要な場合は、ご家族や代理の方にご署名をお願いします）

年　　月　　日　　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄：＿＿＿＿＿＿

紹介医署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本書を申込み時に診療情報提供書と一緒にFAXしてください。 **地域連携室 FAX 048-665-6115**

彩の国東大宮メディカルセンター　048-665-6115（地域連携室直通）

2019.5改定