

MRI 検査問診書・同意書

検査予定日時

(指示医)

(氏名)

様

(生年月日)

年

月

日

(性別)

男 / 女

MRI検査は金属及び機器に対し注意を要する為、次の項目にお答えください。

- 2〜6に「はい」を確認がある場合は 医
1. 今までMRI検査を受けたことがありますか(他施設も含む) はい ・ いいえ
 2. 今までに手術をして、体内に金属・機器等を入れたことがありますか はい ・ いいえ
 3. ②で“はい”の方は部位、種類を記入してください _____
 4. 心臓ペースメーカー、神経刺激装置DBS・SCS、人工内耳、義眼、その他体内機器を使用していますか はい ・ いいえ
 5. いれずみ・タトゥー（眉毛タトゥー含む）をしていますか はい ・ いいえ
 6. 女性の方へ 妊娠、または授乳中ですか はい ・ いいえ
 7. 金属粉の含まれている化粧はしていますか はい ・ いいえ
*☐落し済
 8. マグネットネイル、ジェルネイル等はしていますか はい ・ いいえ
 9. 増毛スプレー、ヘアファンデーション等はしていますか はい ・ いいえ
*☐落し済
 10. ヒートテック等の衣類を着ていますか はい ・ いいえ
 11. 閉所恐怖症ですか はい ・ いいえ
 12. コンタクトレンズをしていますか はい ・ いいえ
*☐取外し済
 13. 貼布剤をしていますか はい ・ いいえ
(湿布、カイロ、ニトロダーム、ニコチネル など) *☐取外し済
 14. 身につけている器具・金属等がありますか はい ・ いいえ
義歯・補聴器・カツラ・磁石式義歯・歯科用矯正具・アクセサリ類 *☐取外し済 *☐取外し不可
 15. 現在の体重を記入してください _____ Kg

金属類、精密機器（携帯電話、腕時計、補聴器等）、クレジットカード等の磁気カード類はMRI室へは持ち込めません。
持ち込んで故障などが生じた場合の責任は負えませんのでご了承ください。

上記説明を受け、質問内容に相違なく、検査に同意します

年 月 日 署名

(代理の場合続柄：)

(確認看護師)

(放射線科)

(確認医師)

(2〜6に「はい」がある時 要)

(問診年月日)

年

月

日