MRI検査　問診及び同意書(院外用)

MRI検査は強い磁力と電波を用いて体の内部構造を精密に観察する検査です。

安全に検査を実施するために、以下の問診にお答えください。

●問診　当てはまるところを〇で囲んでください。

1.体内に埋め込まれた人工物はありますか？　（あり　・　なし）

「はい」の場合は、必ずその種類を記入して下さい。

例）心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、人工内耳　など

2.歯科矯正具、インプラント、入れ歯がありますか？　（あり　・　なし）

■磁石埋め込み式をされている方は、磁力低下の恐れがあります。

3.入れ墨、アートメイクはありますか？　（あり　・　なし）

■材質（成分）によっては、やけどや変色する場合があります

4.閉所恐怖症はありますか？　（あり　・　なし）

5.妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？　（あり　・　なし）

6.現在の体重を記入して下さい　＿＿＿＿＿＿＿＿kg

7.胆管膵管検査の方は午前中に行いますので朝食は食べないで下さい。

※　金属類（時計、携帯電話、補聴器、ヘアピン、カギなど）貼り薬（エレキバン、カイロ、ニトロダーム等）磁気カード（クレジットカード等）は検査室内に持ち込めません。ロッカーに入れてください。

●　注意

強い磁場環境のため、金属や磁気製品を持ち込んだ場合、検査機器への吸着や磁気製品の故障が起こります。磁気カードなどを誤って持ち込まれ使用不可となりましても責任は負いかねますので、ご了承下さい。

令和　　年　　月　　日

依頼元医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同　意　書

上記について、禁止及び注意事項を十分に理解したうえで、MRI検査を受けることに同意します。

令和　　年　　月　　日

患者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日

代筆者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

当院記入欄　令和　　年　　月　　日　確認医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿