

< MRI検査問診票兼同意書 >

検査日 年 月 日

※ MRI撮像禁忌項目（当てはまる場合は検査出来ません）

医師問診用

1 ペースメーカー、植え込み式除細動器（ICD） 移植蝸牛刺激装置（人工内耳）、骨成長刺激器、神経刺激装置 心臓人工弁、圧可変式バルブシャント（VPシャント・LPシャント・VAシャント） 脳内動脈瘤クリップ、頭部塞栓用コイル スワンガンツカテーテル、眼窩内金属粉塵、妊娠 留置後3ヶ月未満の ステント、塞栓用コイル（頭部以外）、下大静脈フィルター 人工関節、整形外科インプラント、外科用止血クリップ	（ 無 ）
--	-------

※ 下記2の「有」に当てはまる物が、撮像範囲および重要臓器近傍にある場合検査できません
ご不明な場合は当院放射線科（内線 8730）までご連絡ください

2 外傷による金属片、銃弾、針治療の針 金属製避妊具、その他体内金属（ ） 留置後3ヶ月以上経過した ステント、塞栓用コイル（頭部以外）、下大静脈フィルター 人工関節、整形外科インプラント、外科用止血クリップ 部位（ ）	（ 有 ・ 無 ）
--	-----------

※ 頭部・心臓・整形外科領域の手術を受けた事のある場合は、いつ・どのような手術を受けられたか
具体的にご記入ください。

（ ）

※ 下記3, 4の「有」に当てはまる場合は、インフォームドコンセントをしっかりとお願いします

3 磁石式インプラント・義眼・DIBキャップ・リフレクター等 ※故障する場合があります	（ 有 ・ 無 ）
4 刺青、アートメイク（まゆ墨など） ※やけどのおそれがあります	（ 有 ・ 無 ）

5 最適な条件で撮像するために現在の体重を記入してください	_____ Kg
-------------------------------	----------

その他、疑問のある場合は当院放射線科（内線 8730）までご連絡ください。

MRI検査同意欄

私は、上記予定のMRI検査の目的、必要性について説明を受け納得しました。
その結果、MRI検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

市立柏原病院 病院長 様

 本人

（本人ご署名）

※本人が署名できない場合

 代理人

（代理人ご署名）

続柄（ ）

代理人の方の場合は必ず本人名もご記入ください

医師確認欄

上記患者に対して、私が検査に関する説明（必要性和リスク）を行い、同意されたことを確認しました。

説明医師 _____

※ この用紙は予約後速やかにFAXで返信ください。

市立柏原病院 病院長
2024年02月改定

当院使用欄	_____	チェック（補聴器、時計、義歯、コンタクトレンズなど）	_____	済
-------	-------	----------------------------	-------	---