

# MRI 検査問診票同意書

ID( )

身長：(                      cm) 体重：(                      kg)
握力：L (                      kg)    R (                      kg)
確認欄： <input type="checkbox"/> Ns                      ・ <input type="checkbox"/> 技師

MRI 検査は従来の放射線を使った検査と異なり、電磁波を使い診断に有用な画像を得ることができます。しかし、体内に精密機器（ペースメーカーなど）を装着している場合や下記の禁忌に該当する方は、人体に重大な影響の出る可能性があるため、MRI 検査もしくは造影検査を受けることができません。

また手術により金属が入っている場合は、金属の材質により人体に重大な影響の出る可能性と診断画像に影響のある場合とがあり注意が必要です。

## 安全な MRI 検査を行っていただくために以下の事項について伺います

問診項目	禁忌	要注意	可能
・心臓ペースメーカー、人工内耳を装着していますか	はい		いいえ
・体内に金属等がありますか いつ頃手術しましたか（                      頃） 【金属の内容】・動脈瘤クリップ・眼内異物・人工心臓弁 ・シャント・ステント・人工関節 ・その他（                                      ）		はい	いいえ
・上記以外で該当するものがありますか 例；補聴器・おき針・刺青・アートメイク・ウィッグ・ その他（                                      ）		はい	いいえ
・取り外しのできる義歯はありますか		はい	いいえ
・歯列矯正、インプラントやマグネットタイプの入れ歯をしていますか		はい	いいえ
・狭いところに入って気分が悪くなったことがありますか		はい	いいえ

<b>女性の方のみ</b>			
・妊娠中または妊娠の可能性ががありますか		はい	いいえ

私は MRI 検査に関して、池本脳神経クリニック 医師 池本秀康から説明を受け、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。

日付とご署名をお願い致します。

20        年        月        日    ご署名                                      （代理の場合続柄；                      ）

\*本人が判断不能な場合または署名不可能な場合は、代理人名で署名欄、続柄に署名して下さい。