



MRI 検査同意書

〈患者様へお渡しください〉

《検査予約日》 平成 年 月 日() : ~

MRI 検査は強い磁石と電波を用いて身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以下の問診にお答えください。

●問診

- 1. 下記の体内金属はありますか？【該当する方は検査できません】 (はい ・ いいえ)
心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳・中耳、神経刺激電極
2. 1以外の体内金属はありますか？ (はい ・ いいえ)
脳動脈クリップ、人工心臓弁、人工関節、プレート、シャント、ステント、義眼、金属片など
はいの場合種類()
3. 歯科矯正具、インプラント、入れ歯をしていますか？ (はい ・ いいえ)
磁石埋込式をされている方は磁力低下の恐れがあります。ご了承の上署名をお願いします。
4. 刺青・アートメイクをしていますか？ (はい ・ いいえ)
材質によってはやけどや変色することが稀にございます。ご了承の上署名をお願いします。
5. 閉所恐怖症ですか？ (はい ・ いいえ)
6. 妊娠もしくは妊娠の疑いがありますか？ (はい ・ いいえ)
7. 現在の身長と体重を記入してください。 (身長 cm / 体重 kg)

当てはまる項目がある場合は、当院へご確認ください(Tel046-236-2188)

金属物(時計、携帯電話、補聴器、ヘアピン、鍵等)、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)は検査室内には持って入れません。ロッカーにお入れ下さい。

●MRI 検査諸注意

強い磁場環境の為、金属(磁性体)磁気製品を持ち込んだ場合、検査機器の吸着や磁気製品の故障が起こります。なお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ください。

同 意 書

上記について十分に理解した上で、MRI 検査を受けることに同意します

平成 年 月 日

患者署名: _____

本人記入困難な場合

代理人署名: _____