

患者番号：

患者氏名：

様

生年月日：

年 月 日生

性別：

# MRI説明書/問診票/同意書

## MRI検査依頼前に下記の内容を確認して下さい

内容		チェック欄	
1	<b>手術・処置</b> (内視鏡・歯科も含) 等により体内に人工物がある。又は可能性がある	<input type="checkbox"/> ある→2へ	<input type="checkbox"/> ない→5へ
2	挿入した年齢を記入 <input type="checkbox"/> ペースメーカー ( 歳) <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 ( 歳) <input type="checkbox"/> 血管内ステント ( 歳) <input type="checkbox"/> 埋め込み型除細動器 ( 歳) <input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置 ( 歳) <input type="checkbox"/> 義肢・義眼 ( 歳) <input type="checkbox"/> 金属ボルト・人工関節 ( 歳) <input type="checkbox"/> 内視鏡の止血クリップ ( 歳) <input type="checkbox"/> 下肢静脈フィルター ( 歳) <input type="checkbox"/> 消化管ステント (胆管等) ( 歳) <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ ( 歳) <input type="checkbox"/> 人工内耳 ( 歳) <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 ( 歳) <input type="checkbox"/> 脳圧可変式バルブシャント ( 歳) <input type="checkbox"/> 歯科矯正中 ( 歳) <input type="checkbox"/> 磁石のインプラント ( 歳) <input type="checkbox"/> 事故・戦争による金属片 ( 歳) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( 歳)	<b>*ペースメーカー等、埋め込み型の電子機器にチェックがある場合は、検査できません</b>  その他金属等が体内にある場合はチェック後→合併症・副作用を説明し3へ	
3	上記の人工物はMRI対応である。若しくはMRI禁忌の期間を過ぎている 禁忌期間の例 (血管内ステント8週間未満・内視鏡の止血クリップ2週間未満)	<input type="checkbox"/> 非対応 (禁忌期間中) または不明→4へ	<input type="checkbox"/> 対応 (禁忌期間外) →5へ
4	上記の人工物がMRI非対応・不明の場合	<b>検査できません</b>	
5	MRI検査前に手術・処置 (内視鏡・歯科も含) の予約がある (他科・他院での予約も含)	<input type="checkbox"/> ある (内容: )	<input type="checkbox"/> ない
6	閉所恐怖症である (検査中でも中止にする事があります)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
7	アートメイク・入れ墨 (タトゥー) がある	<input type="checkbox"/> ある →合併症・副作用を説明	<input type="checkbox"/> ない
8	30分程度同じ姿勢が保てない	<b>検査できません</b>	
9	1~8の内容等の安全性について完全に確認ができないが、救命、治療を優先するため患者・家族の同意を得ている	<input type="checkbox"/> 同意なし →検査不可	<input type="checkbox"/> 同意あり

## MRI造影検査の予約を入れる前に下記の内容を確認して下さい

内容		チェック欄	
1	MRI造影剤の副作用	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
2	治療を要するアレルギーの既往	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
3	気管支喘息	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
4	腎臓機能低下 (Cr= )	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
5	授乳中・妊娠中、または妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
6	身長	cm	
7	体重	Kg	

上記の内容を確認したためMRI検査の実施を許可する (医師署名: )

検査の目的や必要性、合併症の説明を受け、理解した上でMRI検査に同意する (患者署名: )

◎検査当日に問診票がないと検査できません、お手数ですがご記載後FAX送信をお願いします。FAX: 047-375-4746