

MRI 検査 問診・同意書

◆問診：いいえ/はい に必ず○を付けて下さい。

はい のある方は検査を受けられません（最重要項目）

1. 電気電子機器を埋め込んでいる・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
 心臓ペースメーカー、 植え込み型除細動器、 人口内耳（はいの場合、該当するものにチェック）
2. MRI 非対応の脳動脈瘤クリップ・コイルを使用している・・・・・・・・ いいえ / はい
3. 金属加工の仕事（金属研磨や溶接）やけが等（事故や戦争）で眼などの
決定臓器やその周辺に金属異物が入っている・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
4. 妊娠または妊娠の可能性のある方（女性のみ）・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
5. 患者様の安全及び装置を正常に動作させるため、以下の事項に該当する場合には検査ができません。
頸椎/首周り 48 cmまで 胸椎・腰椎/胴周り 116 cmまで 膝関節/膝回り 52 cmまで 体重/180 kgまで

はい のある方は MRI 検査対応か 非対応か 確認が必要です

6. 医療機器/器具の埋め込みまたは留置について
(1) 冠動脈ステント、静脈フィルタが入っている（2ヶ月以内）・・・・・・・・ いいえ / はい
(2) 大動脈ステント、胆管ステントが入っている・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
(3) 整形外科手術で体内に金属が入っている・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
 人工骨頭・人工関節（チタン・セラミック） （はいの場合、該当するものにチェック）
 人工骨頭・人工関節（チタン・セラミック以外）
(4) 脳外科手術で脳室シャントカテーテル（チューブ）が入っている・・・・・・・・ いいえ / はい
(5) 磁石で装着するタイプの義歯（インプラント）を使用している・・・・・・・・ いいえ / はい
(6) 上記以外に体内金属が存在する（ ）・・・・・・・・ いいえ / はい
上記項目で「はい」のあった方 → 医師に MRI 可能であるか確認しましたか・・・ 可 / 不可

以下の確認もお願いします

7. その他について
(1) 今までに MRI 検査を受けたことがありますか・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
(2) 手術歴はありますか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
はいの方 → 体に金属が入っていますか・・・・・・・・・・・・ なし / あり
ありの方 → 金属が入った状態で MRI 検査を受けたことがありますか・・・ いいえ / はい
(3) 入れ墨、アートメイクをしていますか・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
(4) 閉所恐怖症ですか（狭いところが苦手）・・・・・・・・・・・・ いいえ / はい
8. 検査の設定上必要ですので、現在の体重を記入してください・・・・・・・・〔 kg〕

MRI 検査同意書

私は MRI 検査を受けるにあたり、上記の説明と問診を受けました。

MRI 検査を受けることに同意します。

年 月 日

署名（本人）

（代理人署名

続柄：

上記について確認しました

年 月 日

看護師・説明者名

*00006-&tagPatNo&-

20241016164253-01--

&tagPatOrdDocDeptCode&-

&tagPatOpeCode&-*