

# MRI検査問診票及び同意書

患者氏名 \_\_\_\_\_

施行予定日 \_\_\_\_\_

以下の者に該当する項目があれば「はい」に、なければ「いいえ」にチェックを入れてください。

## 禁忌項目

\* 1～5の内容に1つでも「はい」に該当する方は、当院では検査を行うことができません。

- |  |                          |    |                          |     |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 1、心臓ペースメーカー・埋め込み式除細動器(ICD)が身体の中に入っていますか？ | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 2、人工内耳や自動注入器、神経・脊髄刺激装置などが身体の中に入っていますか？   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 3、脳室シャント・V-Pシャントが身体の中に入っていますか？           | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 4、皮膚拡張器(ティッシュエキスパンダー)が身体の中に入っていますか？      | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 5、現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？                 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

- |  |                          |    |                          |     |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 6、頭の手術をしてクリップ・頭蓋固定プレート等の金属が身体の中に入っていますか？                             | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 7、3カ月以内に心臓や血管の手術を行い、人工物が身体の中に入っていますか？<br>(例：人工弁・人工血管・ステント・コイル・フィルター) | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 8、3ヶ月以内に内視鏡でクリップを入れる治療を受けましたか？                                       | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 9、インプラント・磁石を用いた義歯の使用や歯列矯正器具を着けていますか？                                 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 10、人工関節や人工骨頭、金属製のプレート等が身体の中に入っていますか？                                 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 11、避妊リングが身体の中に入っていますか？   | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 12、怪我や仕事などの関係で身体の中に金属が入っていますか？                                       | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

\* 上記6～12で「はい」がある場合、手術・治療をした病院にMRI検査が可能かご確認ください。

- |  |                          |    |                          |     |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 13、リプレセンサー(持続自己血糖測定器)を装着していますか？                  | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 14、経皮吸収型貼付薬(ニトロダーム・ニコチネルパッチ・ニュープロパッチ等)を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 15、カラーコンタクトレンズを装着していますか？                         | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

\* 上記13～15で除去可能なものは取り除いてから、検査にお越しください。

- |                            |                          |    |                          |     |
|----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 16、閉所恐怖はありますか？             | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 17、刺青(タトゥー)・アートメイクをしていますか？ | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

## <同意書>

私はMRI検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け、納得しましたのでMRI検査を受けることに同意します。

記入日： 令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

\*本書の有効期限は作成日より3か月とする。  
公益財団法人近江兄弟社 ヴォーリズ記念病院