

MRI 検査問診票・同意書

検査を安全に実施するために、以下の項目にお答えください。

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
患者氏名		年齢	歳	性別	男・女	

MRI 検査 問診票	身長	cm	体重	kg
-------------------	----	----	----	----

1.何かの手術後8週間以内ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2.体に埋め込むタイプの医療機器を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 除細動器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 <input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置 <input type="checkbox"/> スワンガンツカテーテル <input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ <input type="checkbox"/> ループレコーダー <input type="checkbox"/> 持続グルコース測定(CGMs)		
3.手術や針治療、外傷など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
「はい」の場合、MRI検査を受けることができない場合があります <input type="checkbox"/> MRI可(医師判断)		
<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ・コイル <input type="checkbox"/> 脳室シャントチューブ <input type="checkbox"/> 冠動脈ステント <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 手術クリップ <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 脊椎固定具 <input type="checkbox"/> 置き針 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 子宮リング <input type="checkbox"/> 磁気インプラント <input type="checkbox"/> 強磁性体(鉄など)の破片 <input type="checkbox"/> 溶接作業等による眼球(付近)の金属 <input type="checkbox"/> 刺青・アートメイク <input type="checkbox"/> その他 部位 () 材質 ()		
4.妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5.閉所恐怖症はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

* 下記のものは、装置の故障や人体に危険を及ぼす可能性があり、検査前に外していただきます。
 検査当日に身に付けているものがある場合、 にチェック をして下さい。

- 化粧など (日焼け止め 制汗剤 化粧品・乳液 ファンデーション 眉 アイシャドー アイライン マスカラ 口紅)
- 整髪料 (ヘアスプレー※カラーでない ワックス ジェル ヘアリキッド ポマード)
- アクセサリ(ネックレス・ピアス・イヤリング 指輪※とくに、外せないもの)
- 針、磁気治療 (磁気ネックレス 置き針 (針治療) エレキバン)
- 貼るもの・塗るもの(カイロ エレキバン 湿布 貼り薬 () 軟膏())
- ネイルアート (マグネットネイル ジェルネイル マニキュア)
- 衣類の素材(ボタン・チャック金具のある衣類 発熱性素材の衣類 (ヒートテックなど))
- その他(ヘアピン めがね コンタクトレンズ 入れ歯(外せるもの) カギ)
 ※めがね：無いと移動に支障をきたす場合は直前(MRI室前)で外して頂き、預かります。
- 機械・磁気やICカード (携帯電話 キャッシュカード 駐車券 運転免許証など)
- 【注意】金属成分 (増毛パウダー ヘアマスカラ (即席の部分白髪染め) ヘアカラースプレー)

上記の内容を確認しました。 検査指示医師署名

MRI 検査 同意書	
私は MRI 検査について説明を受け、検査担当者の指示に従い検査を受けることに同意いたします。	
また、問診票の記載には相違ありません。	西暦 年 月 日
署名 (本人または代理人)	続柄 ()

★当院で販売しています(ご自身のものを使っていただいて構いません) 希望時はチェックしてください。

- コンタクトレンズケース + 洗浄液 :100円 メイクおとし :50円