

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				
患者氏名		年齢	歳	性別		
MRI 検査 問診票			身長	cm	体重	kg

**MRIは強力な磁石と電磁波を使って体内を調べる検査です。
金属を身に着けていると発熱により火傷の危険性があります。**

体内や眼の表面に金属製の医療器具や金属片、針がありますか？ はい・いいえ

「はい」の場合

ペースメーカー	有・無	埋め込み式 除細動器	有・無
ステント（心臓、頭頸部、腹部）	有・無	埋め込み式 神経刺激装置	有・無
コイル（塞栓術に使用）	有・無	シャントシステム	有・無
人工心臓弁（弁置換術）	有・無	手術による金属・ボルト	有・無
人工関節・人工骨頭	有・無	貼るタイプの医療用パッチ	有・無
人工内耳・義眼	有・無	鍼灸・針灸での置き針	有・無
脳動脈瘤クリップ	有・無	その他	有・無

※入れ墨・アートメイクをしていますか？ はい ・ いいえ

※磁石で固定するインプラント・歯科矯正用ワイヤーの有無 有 ・ 無

※増毛パウダー・白髪隠しパウダー（染めたものは除く） 有 ・ 無

※妊娠の有無 有 ・ 無

下記のものは検査前に外して頂きます（化粧は落として頂きます）（取れないものは状況に応じて対処します）

化粧類（日焼け止め・口紅）		保温下着（ヒートテックなど）	
（ファンデーション・眉・アイシャドウ）		湿布・カイロ・エレキバン	
メガネ・コンタクトレンズ		貼るタイプの医療用パッチ	
入れ歯・補聴器		かつら・ヘアピン	
アクセサリー（指輪ネックレス等）		ネイルアート（手指・足指）	
金具の付いた下着		コルセット・装具	

上記の内容を確認しました。

検査指示医師署名

渡邊 克夫

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。

令和 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も構いません） 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