

MRI検査問診票・同意書

MRI検査は磁力を用いて行います。放射線を使わない無侵襲な検査ですが、手術等で体内に金属がある場合など、検査できないことがあります。MRI検査を行うにあたり、下記の質問にできるだけ詳しくお答えください。

左記の項目があるか

ペースメーカー	禁忌	はい	いいえ	不明	検査不可
人工内耳					
皮膚拡張器					
可変圧式 バルブシャント					
眼内ドレーン					

左記の項目があるか

いつごろ

妊婦	注意	はい	いいえ	不明	医師の許可が必要	年 月 日	
子宮内避妊器具		はい	いいえ	不明		年 月 日	
ステント コイル クリップ 緑内障インプラント		はい	いいえ	不明		年 月 日	
体内金属 (人工関節等)		はい	いいえ	不明		年 月 日	
入れ墨 アートメイク 金糸		はい	いいえ	不明	取り外して 検査可能	検査不可	
義歯 義眼 歯の矯正		はい	いいえ	不明			
カラーコンタクト (輪郭拡張含む)		はい	いいえ	不明			
カツラ ウィッグ 増毛パウダー		はい	いいえ	不明			
DIBキャップ		はい	いいえ	不明			
サクシジョンリザーバー		はい	いいえ	不明			
持続血糖測定器		はい	いいえ	不明			
閉所恐怖症		はい	いいえ	不明			要相談

※その他装飾品 全て取り外してください！

検査のため、「体重」を記入してください。 _____ kg

※入院中におけるMRI検査確認書の有効期間は1ヶ月です。
緊急検査の際はこの限りではなく、医師の指示により検査を行う場合もあります。

説明日 年 月 日 医師
看護師

野村病院 院長殿
このたび、私が貴院において造影剤を使用する検査を行うにあたり、担当医からその内容について十分な説明を受け、診療上必要であることを理解しましたので、その検査に同意します。
尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合は、適宜処置されることについても同意します。

同意日 年 月 日 患者氏名
代理人氏名 (続柄:)

(患者ID:) 医療法人メディカルパーク 野村病院

診療録管理検討委員会
平成29年7月 第3版 改訂
令和02年6月 第4版 改訂
令和05年4月 第5版 改訂