

放射線科単純 MRI 検査問診票兼同意書

受診者氏名 _____ 様 年齢 _____ 才 性別 男・女

患者 ID: _____ 総合相模更生病院 TEL 042-752-1808 (代)

受診者本人記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 問診票の有効期限は記入から2ヵ月間です。
下記1~17の問診項目(はい、いいえ)、及び各項目に当てはまるものに○を記入して下さい。

以下5項目に、はいのある方はMRI対応器でなければ検査をお受けになることができません

1 はい・いいえ 下記のような電気・電子機器を埋め込んでいますか?
心臓ペースメーカー^(※)・神経刺激装置・骨成長刺激装置・人工内耳・インスリンポンプなど

^(※)当院ではMRI対応品の心臓ペースメーカーであっても検査をお受けになることができません。

2 はい・いいえ MRI非対応の脳動脈瘤クリップ、頸動脈クランプはありますか

3 はい・いいえ 事故や怪我で体内(特に目)に金属異物が入っている可能性はありますか

4 はい・いいえ 脳外科手術により脳室シャントチューブが入っていますか

5 はい・いいえ 磁石式の人工肛門を使用していますか

以下に、はいのある方は検査可能か確認が必要となりますので、お問い合わせください

6 はい・いいえ 過去に手術の既往はありますか

手術内容、または手術部位(_____)

7 はい・いいえ 体内に金属・人工物・人工関節はありますか

金属・人工物内容(_____)

8 はい・いいえ 以下のような金属を含む貼り薬を使用していますか

ニトロダームTTS(心臓薬) ニコチネルTTS(禁煙薬) ノルスパンテープ(疼痛薬)等

※検査終了後新しい貼り薬を使用しますので覚えを忘れずにご用意ください。

9 はい・いいえ 心臓手術を行い、体内に心外膜ペースワイヤーが残っていますか

10 はい・いいえ 血管内にステント・コイル・静脈フィルターが入っていますか

11 はい・いいえ カテーテルを使用していますか(特にスワングアンツカテーテル)

12 はい・いいえ 金属製義眼・磁石式義歯を使用していますか

13 はい・いいえ 入れ墨、タトゥー、永久アイライン、アートメイク等が入っていますか

14 はい・いいえ 閉所恐怖症がありますか

15 はい・いいえ 妊娠13週以内、または妊娠の可能性はありますか(女性のみ)

16 身長、体重をご記入ください 身長 _____ cm 体重 _____ kg

・上記のみに関わらずご不明な点は、必ず担当医師に相談の上検査同意を行って下さい。

・同意書を提出した後に同意を取り消したいときは、いつでも担当医師にご相談下さい。

私は貴院においてMRI検査を受けるにあたり、担当医師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検査に同意します。

尚、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置を受けることも同意します。

MRI検査同意署名欄 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人又は代理人(続柄)

(検査をうける御本人が未成年や意識障害などのある場合には代理人のご署名と続柄をお願いします。)

問診者 _____

問診から検査当日まで2ヵ月以上経過している場合は各項目変わらないことを再確認の上、

下記に署名をお願い致します。変化がある場合は改めて検査適応か連絡をお願いします。

再確認署名欄 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人又は代理人(続柄)

問診者 _____