

MRI 検査 問診票

MRI 検査は強力な磁石を利用して行う検査です。事故を防ぐため以下の質問にお答え下さい。

- ①今までにMRI検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の場合、最後に受けたのは何年前ですか？ (年前)
- ②ペースメーカー、人工内耳、補聴器などの刺激電極を装着しておられますか？ (はい ・ いいえ)
- ③心臓や血管(クリッピング・ステント)の手術を受けられたことがありますか？
(はい ・ いいえ)
→「はい」の場合、それはどのような手術ですか？ ()
- ④人工関節、プレートなど手術により体内に金属が入っていますか？ (はい ・ いいえ)
→「はい」の場合、その金属は非磁性体ですか？ (はい ・ いいえ)
- ⑤他に手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
それはどのような手術ですか？ ()
- ⑥イレズミ・アートメイクをされていますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑦入れ歯(取り外すことのできるもの)をしていますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑧MRI検査では25分～50分程度、装置の中でじっとして頂く必要がありますが、
可能ですか？ (はい ・ いいえ)
- ⑨女性の方におたずねします。現在妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

MRI 検査 承諾書

[患者署名欄]

MRI 検査について説明を受け納得いたしましたので、検査を受けることを承諾いたします。

(承諾された場合でも、いつでも撤回することができます。)

医療法人 讃高会 高井病院 院長殿

記入日：平成 年 月 日

患者または代理人(続柄) (署名) _____

※この用紙は署名後提出していただきますので、控えが必要な方はあらかじめコピーをお取り下さい。

医療法人 讃高会 高井病院