

ID

氏名

生年月日

性別

MRI 検査 問診票 (兼同意書)

複数検査

MRI 検査は非常に強い磁場を利用して身体を調べる検査で、検査中は大きな音がします。とても動きに弱い検査のため、同じ姿勢で寝ていただきます。検査内容により、時間や姿勢は異なります。体内に機器や金属類があるとそれらの故障や位置がずれたり、発熱の可能性があり MRI 検査を受けられない場合があります。検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

質問事項	回答欄	
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
2 心臓ペースメーカー・除細動器などの体内電子装置を使用していますか	はい	いいえ
3 圧可変式シャントバルブ（脳室シャントなど）を使用していますか	はい	いいえ
4 人工内耳・人工弁を使用していますか (いつ頃 年)	はい	いいえ
5 脳動脈瘤の手術によるクリップがありますか (いつ頃 年)	はい	いいえ
6 血管内にステントが入っていますか (いつ頃 年)	はい	いいえ
7 手術で体内に金属が入っていますか (部位)	はい	いいえ
8 手術以外で体内に金属が入っていますか (事故 ケガ 針治療 仕事など)	はい	いいえ
9 義眼・義手・義足を装着されていますか	はい	いいえ
10 入れ歯・インプラント・ブリッジをしていますか	はい	いいえ
11 眉やまぶた身体に入れ墨をいれていますか	はい	いいえ
12 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか	はい	いいえ
13 閉所恐怖症ですか	はい	いいえ

※心臓人工弁 1970 年以前・クリップ 2003 年以前・ステント 2007 年以前と血管内ステント留置後 8 週以内の場合、検査を受けることが出来ない場合があります。

身につけているものがあれば○印をつけてください。検査の際は取り外していただきます。
 補聴器 湿布 カイロ エレキバン かつら ヘアピン カラーコンタクト
 貼付剤（ニトロダーム ニコチネル ノルスパンテープ ニュープロパッチ）
 増毛スプレー その他金属類（ ）

MRI 検査のリスクについて説明を受け、検査を受けることに同意します。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人（代筆者）の署名 _____
 （自署出来ない方は代筆者が署名し、代筆者氏名及び検査を受ける方との続柄を記入。続柄 _____）