



ID

様

MRI問診票・同意書

体内に以下のような、人工的なものがあるかたは検査を受けられません。

- | | | |
|--------------------|----|----|
| 1) 埋め込み型除細動器 | なし | あり |
| 2) 人工内耳、体内電子装置 | なし | あり |
| 3) 脊柱管内リード線、脊椎刺激装置 | なし | あり |
| 4) 外傷などによる金属片混入 | なし | あり |

体内に以下のような、医療による金属類があるかたは素材の確認が必要です。

- | | | |
|---------------------------|----|----|
| 1) 埋め込み型ペースメーカー | なし | あり |
| 2) 脳動脈瘤クリップ、コイル | なし | あり |
| 3) 人工関節、プレート、ボルトなどの整形外科手術 | なし | あり |
| 4) 心臓人工弁 | なし | あり |
| 5) 心臓、血管内のコイル、ステント、リード線など | なし | あり |
| 6) 金属ステント、止血クリップなど | なし | あり |

どの医療機関でいつ頃受けましたか？

()

狭い場所が苦手な人は検査できない場合があります。大丈夫ですか。 いいえ 大丈夫です

増毛パウダー、スプレーをしている場合当日は検査できません。
大丈夫ですか。 いいえ 大丈夫です

<諸注意> 撮影当日は検査服に着替えますので着替えやすい服装でお願いします。
撮影前にアクセサリーなど金属のものは身に着けないでください。

刺青は熱傷の原因になります。検査前に医師に相談してください。

検査直前に同様の確認事項があります。

医療法人はるか 聖ヨハネ病院
(093)663-5100
院長 植村 佑介

令和 年 月 日

※今回MRI検査の説明、危険性について確認し MRI 検査を受けることに同意します。

説明医師 _____

患者様氏名 _____

※患者様ご本人がサインできない場合はご家族氏名欄に記入してください。

ご家族氏名 _____ 続柄 _____