

MRI 問診票・同意書

患者様・院内保管

ID:		この問診票・同意書は、MRI 検査について理解を深めて頂き、安心して検査を受けて頂くために、必要なものです。	
氏名			
生年月日	性別		
		紹介元	医師

MRI 検査 造影 (有・無)

検査年月日 年 月 日

問診票

◎MRI 検査を安全に施行するため、下記の項目について該当する方にチェックをお願いします。

- 1, MRI 検査を以前に受けたことがある。 はい いいえ
- 2, 心臓ペースメーカーを使用している。 はい いいえ
- 3, 脳動脈瘤クリップ、ステント等の医療用金属材料が体内に入っている。 はい いいえ
具体的に ()
- 4, 人口内耳を使用している。 はい いいえ
- 5, 義眼等を使用している。 はい いいえ
- 6, 持続注入器その他の電子機器を使用している。 はい いいえ
- 7, 人工関節等の金属が体内に存在する。 はい いいえ
- 8, 金属等を加工する職業についたことがある。 はい いいえ
- 9, 交通事故などの外傷で眼球内に異物が入っている可能性がある。 はい いいえ
- 10, その他の金属が体内に存在する可能性がある。 はい いいえ
具体的に ()
- 11, 閉所恐怖症の可能性はある。 はい いいえ
- 12, 入れ墨、アートメイク等を施している。 はい いいえ
- 13, 妊娠もしくはその可能性がある。 はい わからない いいえ

造影有の場合は記入

- 14, MRI 検査用の造影剤を使用したことがある。 はい いいえ
- 15, MRI 造影剤を使用した際、気分が悪くなったり、発疹等の副作用がでたことがある。 はい いいえ
- 16, アレルギー歴がある。 はい いいえ 具体的に ()
- 17, クレアチニン値 _____ mg/dl 採血日 月 日 (造影検査前 3 ヶ月以内に採血したものがが必要です)

造影検査をしてよろしい。 判定医師名 _____ 記載日 年 月 日

◎造影剤使用による腎機能障害を防止するために腎機能を調べておく必要があります。当院の血清クレアチニン値の正常値は 0.5~1.09mg/dl です。1.1mg/dl 以上の場合は、原則禁忌とします。

MRI 検査同意書

私は MRI 検査について説明をうけ、検査担当者の指示に従い検査を受けることに同意いたします。また、問診票の記載には相違ありません。

署名日 年 月 日

患者氏名 _____

代理人 _____