MR I 検査問診・同意書

身長

体重

cm

kg

	けて頂くため下記の項目の有無	をして囲ん	いてトさい。	また金属など	を使用して	ハる場合は手値
年度と部位をご記	入ください。					
● 心臓	ペースメーカー装着	(無・有)				
人工	内耳装着	(無・有)				
● 眼球	インプラント	(無・有)				
● 調節	弁付き脳室腹腔シャント術施行	(無・有)				禁忌
● 脳動	 脈瘤クリップ装着	(無·有:	手術年度)	一部禁忌
● 人工	弁装着	(無•有:	<u>手術年度</u>)	
● ステ	ント装着	(無·有:	手術年度	部位)	
● 外科	的金属の使用	(無·有:	<u>手術年度</u>	部位)	
● 整形	外科的金属の使用	(無•有:	<u>手術年度</u>	部位)	
● マグ	ネット式入れ歯	(無・有)				
● 妊娠	の可能性	(無・有)				
● 閉所	恐怖症	(無・有)				
● 刺青		(無・有)				
● その	他の疾患	(無•有:	<u>病名</u>)	
	年	月	日	問診者名		

MRI検査問診票の項目で該当項目があった患者様

MRI 検査は放射線を使用せずに磁石と RF 波 (電磁波)を使用することで画像化できる検査です。放射線を使用しないことで体内の細胞が破壊されることなく腫瘍や炎症、筋、靭帯などの描出に優れています。

- 体内・体外金属を装着されている患者様で取り外しできない場合は MRI で使用する高周波に反応して 熱が発生するおそれがあります
- 磁石埋め込みによる歯科インプラントを装着されている患者様はMRI装置の強力な磁力により埋め込みインプラントの磁力が弱まるおそれがあります
- 妊娠されている患者様は妊娠初期の3か月における胎児の状態が活発に細胞分裂を繰り返しているため様々な物理作用を受けやすい状態にあります

私はMRI 検査の点	必要性を理解	し検査に対	する問診	及び説明を受け、	、検査を受けることに同意します。
ご署名日	年		月	日	
本人署名(直筆	E)			代理署名	
<u>検査</u> 日	年	月	日	検査内容	