

MRI検査問診・同意書

ふりがな 患者氏名 (男 ・ 女) 生年月日 年 月 日 (才)	紹介元 医療機関名
患者住所 (〒 -)	紹介元 医師名
電話番号	検査予定日

MRI検査問診

有の場合は MRI 検査早見表で検査可能か確認して下さい

- 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 :手術年度_____)
- スtent装着 (無 ・ 有 :手術年度_____ 部位_____)
- 外科的金属の使用 (無 ・ 有 :手術年度_____ 部位_____)
- 整形外科的金属の使用 (無 ・ 有 :手術年度_____ 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)
- その他の疾患 (無 ・ 有 :病名_____)

_____ 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ことなく腫瘍や炎症、筋、靱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)

代理署名

検査日 年 月 日 検査内容

呉羽総合病院 0246-63-2181 放射線科 内線 117

呉羽総合病院 放射線科直通 FAX 0246-63-3200