

MRI・(MRA)検査の問診・同意書

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問にお答えください。

また、検査当日は本紙を忘れずにご持参ください。

正確に検査を行うため、現在の体重をご記入ください。 【 Kg】
女性の方にお聞きます。月経の始まった日、終わった日をご記入ください。(月 日 ~ 月 日)

以下の項目に該当する方はMRI検査を行うことはできません。

(必ず該当する項目にチェックをお願いします)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ICD(埋め込み型除細動器)使用の方 | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー使用の方 |
| <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ使用の方 | <input type="checkbox"/> 人工内耳・中耳使用の方 |
| <input type="checkbox"/> V-Pシャント施行者 | <input type="checkbox"/> 埋め込み型神経刺激装置(パーキンソン病等)施行者 |
| <input type="checkbox"/> 歯列矯正ワイヤー使用の方 | <input type="checkbox"/> 磁石を使った入れ歯(インプラント)使用の方 |
| <input type="checkbox"/> マツエクされている方 | <input type="checkbox"/> 入れ墨・アートメイク(アイライン等)されている方 |
| <input type="checkbox"/> インスリンポンプ使用の方 | <input type="checkbox"/> 下大静脈フィルターを留置されている方 |
| <input type="checkbox"/> 体内に金属・人工物・人工関節がある方 | <input type="checkbox"/> 検査当日増毛パウダー・白髪隠し使用の方 |
| <input type="checkbox"/> 現在妊娠している可能性のある方 | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症の恐れがある方 |

MRI室へは以下のものは持ち込めません。

検査前に必ず外していただけますようご協力をお願いいたします。

- ・入れ歯 ・補聴器 ・湿布類(禁煙パッチ、心臓のテープ) ・エレキバン ・カイロ ・かつら ・腕時計
- ・ヘアピン ・指輪 ・ピアス ・その他貴金属類 ・財布 ・磁気カード類 ・鍵 ・携帯電話やスマートフォン
- ・その他電子機器類 ・ライター ・コンタクト ・カラーコンタクト ・マスカラやアイシャドウ等ラメ入りの化粧
- ・金属の付いている下着 ・ヒートテック等の保湿性の高い下着 ・コルセット ・マニキュア ・ネックレス

上の欄に記載されている物は全てありません。 (チェック)

ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ねください。

以下の項目に該当する方は眼内金属の有無をウォータース撮影法で確認する必要があります。

(必ず該当する項目にチェックをお願いします)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 現在またはこれまでに金属加工、建築工事に従事したことのある方 |
| <input type="checkbox"/> 事故等によって眼内に金属片が残っている可能性のある方 |

MRI検査の同意書

MRI検査の必要性・副作用について説明を受け、理解できましたので今回の検査の実施に同意いたします。

年 月 日 氏名

※本人が署名出来ない場合や未成年者は代理人もしくは親権者が署名してください。



徳島検診クリニック TEL 088-632-9111