

MRI検査問診同意書

確認者サイン

外来

放射線科

MRI検査を安全に行うために、下記の質問に該当する場合は✓を入れて下さい。

(例)

(1) 心臓ペースメーカーや人工内耳を使用している。

(2) 金属加工作業、戦争や事故などの外傷の経験がある。

(3) 手術や針治療などで、身体の中に金属が入っている。

脳動脈クリップ・人工骨頭・人工関節・心臓人工弁・ステント

義眼・塞栓コイル・避妊用金属リング・おき針・その他

(4) 今までにMRI検査を受けたことがない。

(5) 15分～30分程静止した状態を保てない。

(6) 閉所恐怖症（狭いところが苦手）である。

(7) 妊娠（含む可能性）している。

(8) 入れ歯、磁気インプラント等（はずせない入れ歯）をしている。

※緩みや変形を起こす場合があります。

(9) 刺青やアートメイクをしている。

※やけど、発赤、熱感、退色などの可能性があります。

注意事項

MRI室に入る場合は、携帯電話、腕時計、鍵、貴金属類などは持ち込めませんのでご了承下さい。

万が一持ち込んで故障又は破損、及び持ち込んだことに起因する事故が発生した場合、当医院では一切責任を負いません。以上のことに関してご了承の上ご同意下さい。

私はMRI検査について説明を受け、必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意します。

日付とご署名をお願いいたします。検査を受ける方が未成年及び、付き添いが必要な場合は、ご家族や代理の方にもご署名をお願いいたします。

令和 年 月 日 ご署名

ご家族、代理の方のご署名

(続柄:)

問診票の結果によっては、身体の安全性を考え検査を中止することがあります。

※記載内容に変更がない場合、
本同意書の有効期限は1年です。