

# MRI問診表・同意書

MRI予約時間の30分前から準備を開始します。  
 安全な検査を行うため、下記項目にご記入をお願いします。  
 ※本人が記入出来ない場合は付き添いの方がご記入ください。

ID: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 部位 : \_\_\_\_\_ 左・右・両  
 \_\_\_\_\_ 膝・股・肩・肘・頸椎  
 \_\_\_\_\_ 腰椎・その他( \_\_\_\_\_ )

心臓ペースメーカーまたは人工内耳などの体内に留置する電子機器 「あり」の場合には検査を受けることはできません	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
脳動脈瘤クリップ、冠動脈ステント、その他クリップ・ステント・シャント 「あり」の場合、磁性体でないこと、留置した医師の確認が必要です	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
尿道カテーテル 「あり」の場合、看護師より処置をしてから撮影を行います。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
義手、義足、義眼 破損のおそれがあります。外してから撮影を行います	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
人工関節・人工骨頭 「あり」の場合、磁性体でないことの確認が必要です	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
体内金属異物 手術・事故や戦争等で負傷経験のある方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
閉所恐怖症 約74cm楕円形の中に全身が入るため圧迫感があります	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
義歯・インプラント・歯科矯正 歯科医師に材質の確認をお願いします(※磁石を使ったインプラントは外していただきます)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
※上記項目に「あり」が選択されている場合、MRI撮影に問題がないか担当医師へ確認が必要です		
補聴器・腕時計などの電子機器 破損のおそれがあります、必ず外していただきます	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
アクセサリー(ネックレス、ピアス、ヘアピン等) 火傷しますので必ず外していただきます	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
刺青・アートメイク(※化粧落としで落とせないもの)鉄分含む増毛剤等 染料に金属が含まれている場合があります(※程度により化粧も落とさせていただきます)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
カラーコンタクトレンズ 材質に金属が含まれている場合があります、外していただきます	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
体に貼る薬剤、湿布やカイロなど 必ず外していただきます	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
着衣(ヒートテック・ヒートファ外等の吸湿発熱衣類) 火傷のおそれがある為、検査着に着替えていただきます。	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
妊娠の可能性 妊娠初期の安全性は確立されていません	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
身長、体重 検査に必要です	身長 _____ cm	体重 _____ kg


体内に磁性体がある場合、磁場によって動いたり外れたりするおそれがあります。  
 撮影部位に関わらず原則MRI室には金属類は持ち込み不可です。  
**金属の持ち込みトラブルは全て自己負担となります。**  
 上記にチェックし、検査に支障ないことを確認しました。同意頂けましたらご署名をお願いします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 患者氏名: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

保護者の同意: あり なし ※未成年の方は保護者の同意が必要です。

検査時間が多少前後する場合がありますのでご了承下さい。  
 確認したいことが御座いましたら、下記までご連絡ください。

Tell:078-917-6800

 久保整形外科クリニック  
 久保整形外科クリニック