

MRI 検査同意書

MRI 検査は強い磁石と電波を用いて身体の内部構造を精密に観察する検査です。安全に検査を実施するため以下の問診にお答えください。

●問診

1. 下記の体内金属はありますか？【該当する方は検査できません】（ はい ・ いいえ ）
心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳・中耳、神経刺激装置、その他電子機器装置
2. 1 以外の体内金属はありますか？（ はい ・ いいえ ）
脳動脈クリップ、人工心臓弁、人工関節、プレート、シャント、ステント、義眼、金属片など
はいの場合種類や材質と手術の時期（ ）
3. 歯科矯正具、インプラント、入れ歯をしていますか？（ はい ・ いいえ ）
磁石埋込式をされている方は磁力低下の恐れがあります。ご了承の上署名をお願いします。
4. 刺青・アートメイクをしていますか？（ はい ・ いいえ ）
材質によってはやけどや変色することが稀にございます。ご了承の上署名をお願いします。
5. 閉所恐怖症ですか？（ はい ・ いいえ ）
6. 妊娠もしくは妊娠の疑いがありますか？（ はい ・ いいえ ）
7. 現在の身長と体重を記入してください。（身長 cm / 体重 kg）

●以下の物がある場合検査や患者様に影響を与えることがございます。検査前にロッカーに保管して下さい。

- ・金属物（時計、携帯電話、財布、磁気カード、補聴器、ヘアピン、かつら、鍵、眼鏡、ネックレス、ピアス、持続血糖測定器、カラーコンタクト、アイメイク、増毛パウダー、ブラジャー等）
- ・貼り薬（エレキバン、カイロ、ニトロダーム、ニュープロパッチ、ニコチネル、ノルスパンテープ等）
- ・その他（機能的肌着（ヒートテック等）等）

●MRI 検査諸注意

強い磁場環境の為、金属（磁性体）磁気製品を持ち込んだ場合検査機器の吸着や磁気製品の故障が起こります。誤って持ち込まれ故障又は破損、それに起因する事故が発生しましても責任は負いかねますのでご了承ください。

同 意 書

上記について十分に理解した上で、MRI 検査を受けることに同意します。

年 月 日 患者署名: _____
本人記入困難な場合
代理人署名: _____ (続柄: _____)