

# MRI検査問診票・同意書

\*この同意書が無ければMRI検査はできません。

検査予定日時(予約日) 年 月 日 時 分

南和歌山医療センター院長 宛

MRI検査は、下記に該当する方は、人体に重大な影響の与える可能性があります。検査が受けられない場合があります。また、手術により金属が入っている場合は、金属の材質により検査が受けられない場合があります。下記の物品は、検査室には持ち込めません。(確認済みであれば○して下さい)

- ・腕時計・めがね・補聴器・義足・入れ歯・使い捨てカイロ・エレキバン・磁気カード/財布
- ・湿布・金具付下着(ホック・ワイヤー等)・アクセサリ(イヤリング、ウィッグ、指輪等)・携帯電話
- ・インスリンポンプ・持続グルコース測定器

※検査のために、身長と体重を教えてください 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ Kg

安全なMRI検査を行うて頂くために以下の事項についてお答え下さい。

また、ご不明な点があれば、気軽にスタッフにお尋ね下さい

・ペースメーカーを装着していますか	はい	いいえ
・体内自動除細動器・体内刺激装置・人工内耳を装着していますか	はい	いいえ
・磁石(インプラント)で固定する入れ歯をしていますか	はい	いいえ
・手術やカテーテル治療で 金属またはチューブ類が体内に入っていますか	はい	いいえ
いつ頃手術をしましたか( 年 月頃) (部位: _____)		
・義眼をしていますか	はい	いいえ
・身体に刺青(アートメイク)をしていますか	はい	いいえ
・閉所恐怖症ですか	はい	いいえ
・金属を研磨するような仕事の経験がありますか	はい	いいえ
・カラーコンタクトをしていますか(取り外して撮影します)	はい	いいえ

## 女性のみ

・妊娠中または妊娠の可能性が ありますか はい:(妊娠 週) *原則 13週以上で検査可能	はい	いいえ
・避妊リングをしていますか	はい	いいえ

## □ 造影剤使用

### 造影検査予定の方のみ(必ず造影剤説明書をお読み下さい)

・現在、喘息にかかっていますか	はい	いいえ
・過去にMRI造影検査をうけて気分不良などがありましたか	はい	いいえ
・アレルギーがありますか(何に?)	はい	いいえ
・腎機能が悪いと言われたことがありますか	はい	いいえ
・授乳をしていますか(原則24時間授乳しない)	はい	いいえ

## 患者様への説明確認

MRI検査について、十分な説明・問診を行い同意を得ました。

説明日 年 月 日

説明医師署名 \_\_\_\_\_

造影検査時データ入力をお願いします eGFR ( )ml/min/1.73m<sup>2</sup> または Cre ( )mg/dl  
検査日 年 月 日 (6か月以内有効)

\* eGFR: 30未満またはCre: 1.5以上は造影検査出来ません。

## 同意書

検査に対して内容・注意事項の説明を受け、MRI検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

本人(自署) \_\_\_\_\_

もしくは

本人記入困難な場合 代理人 続柄( ) ・ 主治医 代理人署名 \_\_\_\_\_

※問診内容に変更があれば検査開始までに申し出てください

国立病院機能南和歌山医療センター放射線科

2024.11[地域医療連携室用]