看護	放射線

MRI検査問診表・同意書　　ID:

MRI検査は非常に強力な磁石を使用した検査です。

荷物、装飾品はすべてロッカーに預けて下さい。

化粧、ヒートテック（保温性下着）、入れ歯や補聴器など外せる金属類はすべて取って下さい。

次の項目に該当する方は、MRI検査を受けられません。

・ペースメーカー　・人工内耳などの体内の電子部品　・心臓の金属弁　・マグネット式義眼

次の項目で当てはまるものを □にチェックして下さい。

1. MRI検査は初めてですか？	□はい　□いいえ
2. 手術などで体内に金属や異物が入っていますか？ ※「はい」と答えた方、どのようなものですか？　いつ頃ですか？ （　　） ※MRI検査可能か施術した医師に確認していますか？ *美容系の手術（金の糸など）も含みます	□はい　□いいえ □はい　□いいえ
3.一時染毛料（白髪ファンデーション、増毛パウダー、カラースプレー等）を使用していますか？	□はい　□いいえ
4.カラーコンタクトレンズを使用していますか？	□はい　□いいえ
5.歯の矯正をしていますか？ ※「はい」の方は検査可能か施術した医師に確認していますか？	□はい　□いいえ □はい　□いいえ
6.閉所恐怖症ですか？ ※「はい」の方、軽い安定剤を希望しますか？	□はい　□いいえ □はい　□いいえ
7.刺青(タトゥー)やアートメイクをしていますか？	□はい　□いいえ
8.現在、妊娠中ですか？　（　　）週	□はい　□いいえ

※上記の項目に該当する場合、MRIの磁力の影響で稀に発熱・やけど・変色など諸症状が生じる可能性やMRI装置の故障原因になる場合があり、安全のため途中で検査中止することがあります。ご了承ください。

私は上記の注意事項と検査内容を確認し、十分に理解したのでMRI検査の実施に同意いたします。
また、虚偽の申告があった場合、すべての責任を負います。

令和　　年　　月　　日　　本人氏名：

さむら脳神経クリニック　　代筆者：　　続柄：