

MRI検査問診表・同意書

ID:

看護	放射線

MRI検査は非常に強力な磁石の中に入り磁力と電波を使って体の内部を画像化する検査です。

以下の注意事項を十分に理解して頂きますよう(口にチェック✓)ご協力をお願いします。

1. 化粧を落とし、ヒートテック(保湿性肌着)、入れ歯などは外していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 次の項目に該当するものはありますか？ 該当する方は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 ・心臓の機械弁 ・マグネット式義眼	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. MRI検査は初めてですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. 補聴器 を使用していますか？(持ち込むと使用不能になってしまいます) ※「はい」と答えた方、 補聴器 は外していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7. カラーコンタクトレンズを使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8. 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9. 閉所恐怖症ですか？ ※「はい」の方、軽い安定剤を希望しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10. 刺青(タトゥー)やアートメイクをしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11. 女性の方へ、現在、妊娠中ですか？ ()週	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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ます、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。** 同意します。

令和 年 月 日 本人氏名: