

ID :		お名前 :	
<b>MRI問診票・同意書</b>			
<p>安全に検査を行うため、以下の問診にご協力ください。</p> <p>問診の結果によっては身体の安全性を考慮し検査を中止することがございます。予めご了承ください。</p> <p>検査当日は同意書を持参していただくようお願いいたします。</p>			
MRI検査を受けるのは初めてですか？		はい ・ いいえ	<input type="checkbox"/>
<b>禁忌項目</b> (ありの場合、当院では検査不可)			
・心臓ペースメーカー、埋込型除細動器 (ICD)		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・人工内耳・中耳、神経刺激装置などの体内電子装置		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・圧可変式バルブシャント (脳室・腹腔など)		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・眼球内金属片、事故などによる体内金属片の混入		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・磁性物質を含む義歯、義眼		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・美容整形による植込み金糸		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・乳房再建術後 (ナトレル)		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
<b>準禁忌項目</b> (ありの場合、MRI対応か材質の確認必要)			
・脳動脈瘤クリップ、人工心臓弁、ステント、コイル、人工血管、フィルター、人工関節・人工骨頭などのインプラント、歯科矯正器具・矯正ブリッジ、体内植え込み式インスリンポンプ、持続グルコース測定器など その他の体内金属 ( _____ )		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・刺青、アートメイクなどはありますか？ やけど、変形、変色、画像への影響の恐れがあります。		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
今現在着用されているものはありますか？ ※確認の上、検査前に取り外していただくことがございます。			
<input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> エレキバン <input type="checkbox"/> リブレ (血糖測定器) <input type="checkbox"/> ニコチネル (禁煙補助剤) <input type="checkbox"/> 皮膚吸収薬剤 (ニトロゲームなど) <input type="checkbox"/> 入れ歯 (外せるもの) <input type="checkbox"/> 歯列矯正器具 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> ウィッグ・カツラ <input type="checkbox"/> 増毛スプレー・パウダーなど <input type="checkbox"/> カラーコンタクト <input type="checkbox"/> 指輪 <input type="checkbox"/> ピアス・イヤリング <input type="checkbox"/> ネックレス <input type="checkbox"/> ピン留め・髪留め <input type="checkbox"/> 腕時計 <input type="checkbox"/> ヒートテックなどの機能性肌着 <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> その他アクセサリ <input type="checkbox"/> 何もつけていない		<input type="checkbox"/>	
身につけている装飾品はすべて取り外してください。 安全上の理由から原則検査着への着替えをお願いさせていただいております。			
<b>その他の確認項目</b>			
・閉所恐怖症 閉所恐怖症の方用に閉塞感を多少和らげることは可能です。		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・妊娠あるいは妊娠している可能性 妊娠初期の安全性は確立されていません。当院では原則撮影は行っておりません。		なし ・ あり	<input type="checkbox"/>
・身長、体重 検査に必要です。		身長                      c m 体重                      k g	<input type="checkbox"/>
<b>MRI検査の同意</b>			
MRI検査を受けるにあたり、上記内容を理解し、安全性について理解しましたので検査を受けることに同意します。			
西暦                      年                      月                      日		本人署名 _____	
(代理人)		続柄 _____	