パートナーシップMRＩ

鳥取市立病院　→　開業医様　→　患者様　（　**※検査時にこの用紙をお持ち下さい**　）

ＩＤ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

MRI検査問診票・同意書

ＭＲＩ検査について

ＭＲＩ検査は強力な磁気を用いて体内を詳しく調べますが、体内に悪影響は及ぼしません。

検査上での注意事項

体内に下に示す金属や器具などがある方は検査を受けることができません。

●心臓ペースメーカ　●体内神経刺激装置　●体内自動除細動器
●人工内耳　●脳室シャントチューブ　●スワンガンツカテーテル
●磁力で付着する義眼　●ネイルアート
●脳クリップ　●プレート　●ステント　●人工骨頭・関節
●金属製の避妊リング　●磁石着脱式入れ歯　●刺青　●アートメイク
●皮下埋め込み型ＣＶポート　●妊娠あるいは妊娠の可能性のある方

以下の質問について、答えを〇で囲んでください。

1. 検査上での注意事項（上記）で示した金属や器具などはありますか。　はい・いいえ
   「はい」と答えた方のみお答えください。金属・器具がある部位はどこですか。　（　　）
   名称や材質などがわかればご記入ください。　（　　）
2. 今までにMRI検査を受けたことはありますか。　はい・いいえ
   「はい」と答えた方のみお答えください。どこの病院ですか。　当院・他院（　　）
3. 妊娠中またはその可能性がありますか。　はい・いいえ
4. 閉所恐怖症（狭いところが怖い、我慢できない）はありますか。　はい・いいえ
5. はり薬（ニトロダーム等）がありますか。　はい・いいえ

MRI検査同意書

私は上記日程のMRI検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたのでMRI検査を受けることを同意します。

令和　年　月　日　患者(同意人) 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（患者との続柄　　）

上記患者に対して私が検査・処置に関する説明を行い、同意されたことを確認しました。

確認日　　年　　月　　日　　説明医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿