

MRI 検査問診票・同意書

MRI 検査室内は、常に強い磁力(磁場)が発生しています。

体に及ぼす影響は少ない安全な検査ですがより正確で安全に検査を受けていただくために以下の質問にお答えください。

下記の項目に該当する方は、MRI 検査を受けることができない場合がありますのでご了承ください。

【問診】

■ 禁忌事項(該当する場合は☑チェックを入れてください)※該当する場合、検査は受けられません

- 心臓ペースメーカー(MRI 対応型であっても不可)
- 体内埋め込み式装置(人工内耳、体内自動除細動器、神経刺激装置、骨成長刺激装置)
- 6ヶ月以内に施行されたクリップやステント術、心血管留置カテーテル
- 妊娠されている、または妊娠の可能性がある方(胎児に対する安全性が確立されていないため)

■ 要確認事項(該当する場合は☑チェックを入れてください)

※正確な検査が出来ない可能性や、場合によっては発熱などが生じる場合があります

- 手術で体内に金属が入っている方

→ 上記にチェックされた方は、何が入っていますか？()に記入してください ()

※わからない場合は口頭で伝えていただいてもかまいません

- 怪我や仕事等により金属片や金属粉が体内に入っている可能性がある
- マグネットタイプの入れ歯
- 刺青やアートメイクをしている
- カラーコンタクトをしている

■ 確認事項(該当する場合は☑チェックを入れてください)

- 閉所恐怖症である
- 電磁波に過敏に反応する

※45分前後の検査を予定しています

※電子機器などの持ち込みによる故障やデータの損失については補償できませんのでご了承ください

【MRI 検査同意書】

上記について十分に理解した上で、MRI 検査を受けることに同意します

また、問診票の記載には相違ありません

署名日 令和 年 月 日

患者署名 _____

代理人署名 _____

* 本人が未成年もしくは署名困難な場合は代理人の署名をお願いします。

森ノ宮医療大学附属大阪ペイクリニック

TEL 06-6655-0057

2025.11.11 版