

MRI 検査事前確認書

氏 名 _____ 体重 _____ k g
身長 _____ c m

確認事項：Ⅰ

過去にMRI 検査を受けた事がある はい ・ いいえ
閉所恐怖症であるか（狭いところが苦手） はい ・ いいえ
大きな音が苦手 はい ・ いいえ

確認事項：Ⅱ

体内に金属を使用した手術をした事は ある ・ ない
（整形：医療用金属 人工関節等）
（脳外：脳動脈クリップ等）
（循環器：人工弁・ステント等）
（外科：手術用金属材料）
義歯（取り外し可能な入れ歯・差し歯）があるか ある ・ ない
インプラント（磁石を用いた歯）の使用は ある ・ ない
ネックレス・ピアス（耳・へそなど） ある ・ ない
心臓ペースメーカーの使用は ある ・ ない
カラーコンタクトレンズの使用は ある ・ ない
マスカラ等の化粧は ある ・ ない
入れ墨の有無 ある ・ ない

確認事項：Ⅲ（女性のみ）

妊娠をしている・その可能性がある はい ・ いいえ
授乳中 はい ・ いいえ
体内避妊器具の有無 はい ・ いいえ

【 注意事項の説明・確認 】

依 頼 医 師 _____

【 同 意 書 】

検査の必要性、検査の安全性と危険性、注意点について、依頼医師より説明を受け、理解しましたのでその実施に同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
患者氏名 _____
(未成年の場合) 保護者氏名 _____