

MR I 検査説明および同意書

(あて先) 八尾市立病院長

記載日: 年 月 日

問診及び検査の必要性を担当医から説明を受け、納得し検査を施行することに同意します。

説明医師: (署名) _____

患者氏名: (署名) _____

代理人※: (署名) _____ (続柄) _____

※患者さんご本人が自署できない場合

MRI 検査を安全に受けていただくために、以下の項目にお答えください。

○今までに MRI 検査を受けたことがある はい ・ いいえ

★下記に該当する場合は MRI 検査を受けることができません

○心臓ペースメーカーを埋め込んでいる はい ・ いいえ

○除細動器がある はい ・ いいえ

○妊娠またはその可能性がある はい ・ いいえ

○金属製の心臓人工弁がある はい ・ いいえ

○人工内耳を使用している はい ・ いいえ

○閉所恐怖症がある はい ・ いいえ

○磁力式尿路用バルーンキャップをしている はい ・ いいえ

○乳房再建用エキスパンダーを使用している はい ・ いいえ

○ネイルをしている はい ・ いいえ

(※ネイルは種類に関わらず付けたままだと検査できませんので、予め取り外してください。)

★次については、場合によっては検査できない可能性があります

(※取り外し可能なものは、検査前にはずしていただきます)

●脳動脈瘤クリップがある (材質: _____) はい ・ いいえ

●体内に金属がある 人工関節、人工骨頭
ステント、コイル等 (_____ 年 _____ 月に実施) はい ・ いいえ

●歯科のインプラントがある (材質: _____) はい ・ いいえ

※MRI 検査対応のものかを、施術した医療機関にご確認ください)

○義歯・義眼がある はい ・ いいえ

○刺青・アートメイクをしている はい ・ いいえ

○眼内に金属遺物がある はい ・ いいえ

○研磨・金属加工業の経験がある はい ・ いいえ

○ニトロダーム、ニコチネルを貼っている はい ・ いいえ

○補聴器をしている はい ・ いいえ

○置き針(鍼灸針)をしている はい ・ いいえ

○カラーコンタクト、マスカラ、アイシャドー、マニキュアしている はい ・ いいえ

○湿布、エレキバン、カイロ、コルセットをしている はい ・ いいえ

○ヘアピン、かつらをしている はい ・ いいえ

○インスリンポンプ、持続グルコース測定器をしている はい ・ いいえ

【本書は、申込時に検査依頼書と一緒に F A X いただき、検査当日はこの用紙を必ずお持ちください】