

院外依頼MRI | 検査のための問診票・同意書

患者氏名 _____ 様 検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

安心・安全なMRI検査を受けていただくために以下の事項についてお尋ねします。
 問診事項を確認し、「なし」、「あり」のどちらかを円で囲んでください。「あり」に該当する場合は、
 施行した病院にMRI対応のものか必ず確認し、要確認事項の該当する口にチェックをしてください。

問診事項				要確認事項
心臓ペースメーカー、除細動器を装着していますか	なし	あり		「あり」の方は、禁忌のため検査不可
人工内耳を装着していますか	なし	あり		
神経刺激装置を装着していますか	なし	あり		
脳動脈瘤の手術、カテーテル治療を受けた際に、体内に金属が入っていますか	なし	あり	MRI対応 <input type="checkbox"/> 確認済み	・不明、不対応の場合は 検査できません
心臓の手術、カテーテル治療を受けた際に、体内に金属が入っていますか	なし	あり	MRI対応 <input type="checkbox"/> 確認済み	
その他、手術による金属が体内に入っていますか	なし	あり	MRI対応 <input type="checkbox"/> 確認済み	
外傷による金属が体内にありますか (鉄片や銃弾など)	なし	あり	検査希望 <input type="checkbox"/> 承諾済み	・「あり」の方は主治医と 相談してください
いれずみやアートメイクをしていますか (変色・やけどの恐れ)	なし	あり	検査希望 <input type="checkbox"/> 承諾済み	
閉所恐怖症ですか(狭いトンネルの中で行います)	なし	あり	検査希望 <input type="checkbox"/> 承諾済み	
持続グルコース測定器(FreeStyleリブレセンサーなど)	なし	あり	装着しての検査不可	
経皮吸収型製剤(ニトロダーム、ニコチンパッチなど)	なし	あり	検査前に外していただきます	
女性のみ				
妊娠中または妊娠の可能性がありますか (胎児へのMRI検査の安全性は確立していません)	なし	あり		「あり」の方は、検査不可
避妊リングをしていますか	なし	あり	MRI対応 <input type="checkbox"/> 確認済み	・不明、不対応の場合は 検査できません
造影剤検査を予定している方のみ				
今までにMRI造影検査を行ったことはありますか	なし	あり		
「あり」の方は、その時に副作用はありましたか (発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐など)	なし	あり		「あり」の方は、造影検査不可
喘息と診断された事がありますか	なし	あり		「あり」の方は、造影検査不可
アレルギーはありますか(何に?)	なし	あり		副作用のリスク高
家族にアレルギー体質の方はいますか(何に?)	なし	あり		

患者様への説明確認

MRI検査の目的・必要性、禁忌・リスクについて十分な説明を行い、同意を得ました。

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 主治医署名 _____

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。

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者署名 _____

代理人署名 _____ (続柄: _____)

※以上を記入し、折り返しFAXを送ってください。

当日の問診にて検査可能とします。

署名日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 当院担当医署名 _____

以下のものはMRI検査直前に前室で外していただきます。

- | | | | | | |
|---|---|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ | <input type="checkbox"/> 取り外せる入れ歯 | <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> めがね | <input type="checkbox"/> かつら | <input type="checkbox"/> 鍵類 |
| <input type="checkbox"/> 腕時計 | <input type="checkbox"/> 財布 | <input type="checkbox"/> 磁気カード(クレジットカードなど) | <input type="checkbox"/> 携帯電話 | <input type="checkbox"/> ライター | |
| <input type="checkbox"/> アクセサリ(指輪、ネックレス、ピアス、ヘアピンなど) | <input type="checkbox"/> 湿布、エレキバン、カイロなど | | | | |
| <input type="checkbox"/> 金具付きの下着 | <input type="checkbox"/> 機能性下着(ヒートテックなどの保温、発熱効果のあるもの) | | | | |

問診票最終確認者サイン (_____ / _____)

尚、この書類は上記の目的以外では使用いたしません。
 個人情報については、各種法令に基づいた院内規定を守った上で利用いたします。 秩父市立病院 MRI室

