

ID

MRI 検査 問診票及び同意書

〔検査当日、この用紙を受付に持参して下さい〕

下記の質問に ○ 又は [] 内に記入して下さい。

《○で囲んで下さい》

①	閉所恐怖症ですか？	はい・いいえ	
②	過去に下記の手術をしたことがありますか？ はいの場合は○を付けて下さい。	はい・いいえ	
	心臓ペースメーカー	植込み式除細動器	脳動脈クリップ
	加圧変式シャントバルブ	脳室シャント	腎シャント
	人工心臓弁	ステント・コイル・フィルター	人工内耳
	陰茎用埋込物・避妊リング	脳・神経・骨刺激装置	金属の縫合ワイヤー
	骨接合用ネジ・ピン	埋め込み型の薬剤ポンプ	インプラント
	人工関節(部位)	義肢(部位)	その他(部位)
③	義眼である、または目に金属片が入っている(可能性がある)	はい・いいえ	
④	事故や戦争で体内に金属粉塵等の残存がある(可能性がある)	はい・いいえ	
⑤	カラーコンタクトを付けている	はい・いいえ	
⑥	かつらを着けている	はい・いいえ	
⑦	刺青・アートメイクをしている	はい・いいえ	
⑧	妊娠している(可能性がある)、または授乳中である	はい・いいえ	
⑨	入れ歯がある [はずせる・はずせない]	はい・いいえ	
⑩	補聴器を付けている	はい・いいえ	
⑪	シップ・カイロ・エレクトロ・心臓用の張り薬を使用している	はい・いいえ	
⑫	以前、MRI 検査造影剤でアレルギー反応を起こしたことがある	はい・いいえ	

総合判定 [可 ・ 要注意 ・ 不可]

依頼医師署名

令和 年 月 日

同意書

医療法人羊蹄会 小牧ようてい記念病院 院長 殿

私は、案内記載のMRI 検査の内容・重要事項・注意事項やその他の説明を受け
十分理解しましたので、検査を受けることに同意します。

〔自署して下さい〕

氏 名

代諾者

(続柄)

この用紙はご署名の上、検査当日に必ずご持参ください。(問診票がないと造影検査を受けられません。)