

# MRI 検査指示・問診・承諾書

受付日時： 月 日 時 分

患者氏名： 性別：M・F 生年月日：  
撮影部位： 頭部・頸部・頸椎・胸椎・腰椎・上腹部・下腹部・骨盤・股関節  
[R・L] 肩・肘・手関節・手・膝（ACL・半月板）・足関節・足  
その他（MRA・造影の有無）

MRI は強力な磁石を使用しています。

安全に検査を受けていただくために下の質問にお答えください。

1	今まで MRI 検査を受けたことがありますか？ いつ[S・H 年 月] どこで[ ]	はい	いいえ	わからない
2	今までに手術を受けられたことはありますか？ いつ[S・H 年 月] どこで[ ] どのような[ ]	はい	いいえ	わからない
3	狭い場所にいるのが怖いと思ったことはありますか？ または閉所恐怖症がありますか？	はい	いいえ	わからない
4	妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？	はい	いいえ	わからない
5	下に該当する項目がある場合はチェックをしてください。	<input type="checkbox"/> 該当する項目無し		
	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 金属プレート・メッシュ	<input type="checkbox"/> 入れ歯	
	<input type="checkbox"/> 体内自動細動器	<input type="checkbox"/> ワイヤー・髄内釘	<input type="checkbox"/> 義手・義足	
	<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 人工骨頭及び関節	<input type="checkbox"/> 義眼	
	<input type="checkbox"/> 心臓人工弁（機械弁）	<input type="checkbox"/> 塞栓用コイル	<input type="checkbox"/> 眼球内に金属片	
	<input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 避妊リング	
	<input type="checkbox"/> 手術クリップ・ステント	<input type="checkbox"/> シャントポンプ	<input type="checkbox"/> 刺青（眉毛、アイライナー等）	
	<input type="checkbox"/> 体内神経刺激装置	<input type="checkbox"/> 針治療の針	<input type="checkbox"/> 体内に銃弾片、金属破片	
	<input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置	<input type="checkbox"/> その他体内埋込物（	）	

検査にご同意いただけましたら下記にご署名をお願い申し上げます。  
尚、ご質問がありましたらお気軽にお申し付けください。

私は、MRI 検査を受ける事を承諾いたします。  
検査を受けられる方ご本人の署名

（代筆者 続柄）

代筆者は家族に限る

記入日：平成 年 月 日

検査担当 \_\_\_\_\_（当院で記入いたします。）