

ID

氏名

説明・同意書 (単純MRI検査) オープン検査用

検査日 令和 年 月 日(時 分)

食事や飲水、服薬制限はありません。

下記の制限があります。

朝絶食

昼絶食

の内服止めです。

MRI検査を受けられる方への注意

MRI検査は強力な磁力を使います。また、機械に入ると、狭いトンネルの中のように、トントン、ビービーと音もします。この状態で、約30分(一部の検査は最大2時間)じっとしている必要があります。そのため、以下のことにご注意ください。

○狭いところが苦手な方は、検査できない場合があります。

○金属類(時計・鍵・補聴器・カイロ)、キャッシュカード、通帳などは検査室に持ち込めません。

○検査中の音が気になる方は、耳栓をされても結構です(病院売店で購入できます)。

○マスカラ等、金属の含まれる化粧品でやけどをきたすことがあります。

○カラーコンタクト、補聴器、入れ歯、義肢、カイロ等は、装着したまま検査はできません。

問診票

【検査が通常禁忌となる項目】

- ・現在妊娠している、または可能性がある。 はい いいえ
- ・人工内耳など、体内に電氣的に作動する装置が埋め込まれている。 はい いいえ
- ・心臓ペースメーカーが埋め込まれている。
(MRI対応製品もありますが、事前に循環器内科への受診が必要です。) はい いいえ
- ・乳房再建用エキスパンダー(拡張器)が挿入されている。
(乳房インプラントは問題ありません) はい いいえ
- ・事故などにより、重要臓器(特に目)およびその近くに金属片が入っている。 はい いいえ

※上記の項目に当てはまる場合や、体内の金属の性状が不明な場合などに、医師の判断で検査を中止することがあります。

【製品により検査可能な項目】

- ・脳動脈瘤クリップ、人工弁、人工骨頭、ステント、コイルなどの金属を体内に埋め込む手術や治療を受けた。 はい いいえ

体内金属の製品名あるいは材質 _____ (医師記載)

(金属製品には、安全性が確認されているものも多数あり、その場合には検査が可能です。)

- ・刺青を施している。(やけどや変色等の危険性があります) はい いいえ

医師記入欄

上記、問診内容を確認のうえで、単純MRI検査を必要と判断しました。

説明日 令和 年 月 日

施設名 _____

医師 _____

担当医師より、単純MRI検査の説明を受け、この処置を受けることに同意しました。

同意年月日 令和 年 月 日

患者 住所 _____

氏名 _____

(代理人氏名: _____)

本人との続柄: _____)