

# MRI問診票および同意書【地域連携用】

この検査は強い**磁力と電波**を使います。体表面や体内に**医療機器や金属類**があると、これらが**故障**したり**発熱や火傷**する場合があります。安全に検査するため次の質問にお答え下さい。

◎質問1～3が「はい」の方は、担当医師に検査が可能かどうか確認して下さい。

<b>重要な項目</b>	<b>1</b>	現在までに手術などを受けて、お身体の中に医療機器や金属類が入っていますか？	はい	いいえ
	検査を受けることができません	↓ 「はい」の方は、当てはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> 印をつけて下さい <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー（脈が途切れたり遅くなるのを防ぐ機器） <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器（ICD：脈が異常に速くなるのを防ぐ機器） <input type="checkbox"/> 脳深部刺激装置（DBS：手足の震えを軽減する装置） <input type="checkbox"/> 迷走神経刺激装置（てんかん発作を防ぐ装置） <input type="checkbox"/> 脊髄刺激装置（SCS：手足の痛みを軽減する装置） <input type="checkbox"/> ITB療法ポンプ（筋肉をやわらげる薬を注入するポンプ） <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ・持続グルコース測定器（リブレ） <input type="checkbox"/> 入れ墨（タトゥーを含む）		
	検査を受けるには注意が必要です	<input type="checkbox"/> 磁石でとりはずしができる（義眼・義歯） <input type="checkbox"/> 整形外科手術などで植込んだ金属（人工関節など）手術の時期（ 年頃） <input type="checkbox"/> 血管内の治療用金属（コイル・ステント・フィルター）治療をした時期（ 年 月 頃） <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ（脳血管にできたこぶを治療するクリップ） <input type="checkbox"/> 可変式シャントバルブ（水頭症治療用器材） <input type="checkbox"/> 気管切開術 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養チューブ（撮像前に抜去していただく必要があります） <input type="checkbox"/> その他（上記以外のもの）[ ]		
	<b>2</b>	以下のものを使用されていますか？（発熱、火傷の可能性あり） <input type="checkbox"/> カラーコンタクト <input type="checkbox"/> アイシャドウ <input type="checkbox"/> マスカラ <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 針治療の針 <input type="checkbox"/> エレキバン <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> 貴金属類	はい	いいえ
<b>3</b>	女性の方へ、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ （胎児へのMRI検査の安全性は確立されていません）	はい	いいえ	

<b>4</b>	以下の装着品は検査前に取り外していただく必要があります。 ◆補聴器 ◆入れ歯 ◆眼鏡 ◆時計 ◆コルセット ◆義肢 ◆磁気カード類 ◆携帯電話 ◆財布 ◆ベルト
----------	--

<b>5</b>	閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか？	はい	いいえ
----------	---------------------	----	-----

独立行政法人 国立病院機構 宇多野病院長 殿

私は、MRI検査について説明を受け、必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意します。

検査年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

同意者氏名（署名） \_\_\_\_\_

医師（署名または押印） \_\_\_\_\_ (印)