

MRI検査問診票及び同意書

検査を安全にお受け頂くために以下の質問にお答えください。
また、ご不明な点がございましたら、スタッフまでお尋ねください。

記入日 年 月 日

問診票

ID	MRI検査を受けるのは初めてですか	はい・いいえ
	心臓ペースメーカーを使用していますか	はい・いいえ
お名前	ICD（埋め込み型除細動器）を使用していますか	はい・いいえ
性別 男・女	人工内耳・義眼を使用していますか	はい・いいえ
生年月日	以下のような金属等体内にありますか	はい・いいえ
(代筆)	脳動脈瘤クリップ・VPシャント・人工心臓弁・ステント・人工関節・薬物注入ポート・置き針・眼窩内異物・その他金属（ ）	
確認技師	入れ歯・インプラントをしていますか	はい・いいえ
	刺青・アートメイクなどはしていますか	はい・いいえ
	狭いところが苦手と感じた事がありますか	はい・いいえ
	せき・痛み・しびれなどで20分程度の安静が困難ですか	はい・いいえ
	女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか	はい・いいえ

●当日は以下のものを外してください

入れ歯・補聴器・湿布
類・エレキバン・カイロ・か
つら・腕時計・ネックレス・
カラーコンタクト・コルセツ
ト・心電図モニターなど

正確に検査を行うため、現在の体重をご記入下さい

kg

造影剤同意書

造影剤を使用する方のみ以下の質問にお答えください

造影剤を使用して気分が悪くなった事がありますか	はい・いいえ
喘息やアレルギーはありますか	はい・いいえ
腎機能が悪い（腎不全）と言われたことはありますか	はい・いいえ
医師から造影剤の使用について説明はありましたか	はい・いいえ

確認医師

同意します・同意しません

本人署名

代理人署名

(続柄:)