

## MRI 検査 問診票 兼 同意書

問診票記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

安全に検査を行うにあたり、以下の質問にお答えいただき、検査に同意する場合はご署名をお願いいたします。

1. 体内に金属類、機械、人工的なものがありますか。 はい ・ いいえ

※『はい』と答えた方で当てはまるものにチェックをしてください。

- |                                    |                                     |                                  |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 埋め込み型の除細動器 | <input type="checkbox"/> 人工心臓弁   |
| <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ  | <input type="checkbox"/> 脳室シャント     | <input type="checkbox"/> 人工内耳    |
| <input type="checkbox"/> 神経刺激装置    | <input type="checkbox"/> ステント       | <input type="checkbox"/> 人工骨頭、関節 |
| <input type="checkbox"/> 薬物注入ポート   | <input type="checkbox"/> 止血クリップ     | <input type="checkbox"/> その他     |

2. 金属類、機械、人工的なものを身につけていますか。 はい ・ いいえ

※『はい』と答えた方で当てはまるものにチェックをしてください。

- |   |                             |                             |                             |                                 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 補聴器                        | <input type="checkbox"/> 義眼 | <input type="checkbox"/> 義手 | <input type="checkbox"/> 義足 | <input type="checkbox"/> 歯列矯正器具 |
| <input type="checkbox"/> 磁石を利用した義歯（入れ歯）             |                             |                             |                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> 尿道バルーンのDIBキャップ（磁石のキャップ）    |                             |                             |                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> インスリンポンプ、持続型血糖測定器（リブレ等）    |                             |                             |                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> 骨盤内の避妊リング（金属ワイヤー使用の場合）     |                             |                             |                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> 鍼灸用の埋没治療針                  |                             |                             |                             |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他の金属類、機械、人工的なもの（ _____ ） |                             |                             |                             |                                 |

3. ケガなどで、体内に金属片などの異物がありますか。 はい ・ いいえ
4. 張り薬を貼っていますか。（湿布、カイロ等） はい ・ いいえ
5. カラーコンタクトレンズを使用していますか。 はい ・ いいえ
6. アートメイク、タトゥー、入れ墨をしていますか。 はい ・ いいえ
7. アイライン、マスカラ等のお化粧品はしていませんか。 はい ・ いいえ
8. 狭いところが苦手と感じたことがありますか。 はい ・ いいえ
9. 女性の方へ、妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか はい ・ いいえ

栗橋病院院長 様

私は、MRI 検査における必要性和その危険性についての説明を受け理解いたしましたので、検査を行うことに同意し、署名いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名（自署） \_\_\_\_\_

保護者もしくは

代理人氏名 \_\_\_\_\_

（続柄 \_\_\_\_\_）

（注）保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できないときなどにご記入ください。

ご協力ありがとうございました。この用紙は必ず検査当日に持参してください。