

MRI検査問診表および同意書(院外用)

※MRI検査は強い磁力を使いますので、検査をするときに金属でできたもの・補聴器・磁気カード類を身に付けておられますと、故障やけがの原因になることがあります。また、場合によっては、検査ができないことがあります。検査を安全に行うために下記の質問にお答え下さい。

《 問診票 》

	問診事項	あり	なし	適応
1	ペースメーカー (リードレスペースメーカーも含む)・ICD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条件付 要相談
MRI対応ペースメーカーの場合は事前に必ず当院へ連絡をお願いします ※MRI対応の場合は検査時にペースメーカー本体に異常が無いかの確認・ペースメーカー手帳とMRI登録カードの確認が必要です。 ペースメーカー手帳は検査時に提出をお願いします				
2	人工内耳・人工中耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	禁忌
3	妊婦(16週以内)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	禁忌
4	人工心臓弁(機械弁は確認が必要です。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
5	脳動脈瘤クリップ・内視鏡止血マーキングクリップ(MRI対応は撮影可)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
6	脳脊髄液シャントバルブ(MRI後バルブ圧調整が必要です。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
7	目(義眼)や体内に金属片(レントゲン撮影などにより確認が必要です。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
8	刺青(やけど・変色の可能性があります。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
9	インプラント(磁石式取り外しタイプでは磁力が弱まる可能性があります。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
10	血管内ステント・フィルタ・体内金属(術後2ヶ月以内は注意が必要です。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
11	インスリンポンプ・持続血糖モニタ(リブレ等/FGM)を使用していないか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
12	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	注意
※チェック項目が「あり」の場合には事前にご連絡下さい。 ※この検査問診表・同意書は検査当日に患者様ご持参でお願いします。 ※造影検査まで受けられる方は、別紙《造影検査同意書》にて記入をお願いします。 ※疑問や質問は地域連携室にご相談下さい。 【連絡先】出水総合医療センター 地域連携室 Tel:0996-67-1657				

《 単純検査同意書 》

出水総合医療センター 院長殿

○上記の説明を受け、MRI検査を受けることに

同意致します。 同意致しかねます。

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者様 氏名 _____

(代理人)氏名 _____

説明者: _____ 医師名: _____

同席職員氏名 _____ (職名: _____)

※必要事項を記入の上、当院放射線科担当職員にお渡し下さい

出水総合医療センター 放射線技術科(TEL 0996-67-1611 内線1119) 2024.3改訂