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着けておられますと、 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。

≪ 間診票 ≫

_	. 482 244				
	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			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			禁忌	
3	妊婦(16週以内)			禁忌	
4	人工心臓弁(機械弁は確認が必要です。)			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)			注意	
6	脳脊髄液シャントバルブ(バルブ圧調整が必要です。事前に当院まで連絡をお願いします)			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。)			注意	
8	刺青(やけど・変色の可能性があります。)			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。)			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。)			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			注意	
12	閉所恐怖症			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。 ※疑問や質問は地域医療支援センターにご相談下さい。 【連絡先】出水総合医療センター 地域医療支援センター Tel:0996-67-1657					
≪ 単純検査同意書 ≫					
出水総合医療センター 院長殿					
〇上記の説明を受け、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 <u>患者様 氏名</u>					
ਤੋਂ ਪੋ ਮ ⊔ →	<u>(代理人)氏名</u>				
説明者: 医師名:					
回席單	同席職員氏名				

※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