

MRI検査 チェックリスト・同意書

検査部位：

MRI検査歴：初めて・再(当院・他院)

体内金属・症状等	チェックして下さい		検査の可・不可、確認事項
頭の手術	なし	あり <input type="checkbox"/> 脳室シャントチューブ	× 検査不可 磁性体でないことの確認
		<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ	
		<input type="checkbox"/>	
心臓の手術	なし	あり <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	× 検査不可 磁性体でないことの確認 埋め込み8週間以内不可
		<input type="checkbox"/> 冠動脈ステント	
		<input type="checkbox"/>	
その他の手術	なし	あり <input type="checkbox"/> 動脈クリップ、ステント、コイル	磁性体でないことの確認
		<input type="checkbox"/> 消化管吻合クリップ	
		<input type="checkbox"/> その他の手術クリップ	
		<input type="checkbox"/> 人工骨頭・関節	
		<input type="checkbox"/> 整形外科的金属	
		<input type="checkbox"/> 磁性体避妊具(IUD) <input type="checkbox"/> 上記以外の手術	
人工内耳	なし	あり	× 検査不可
補聴器	なし	あり	検査時外すこと
入れ歯・インプラント	なし	あり	歯科医に確認
弾丸・その他金属異物	なし	あり	
入れ墨、アートメイク	なし	あり	染料に金属が含まれている場合熱を発生することがある
コンタクト	なし	あり	検査時外すこと
かつら	なし	あり	検査時外すこと
妊娠	なし	あり	× 検査不可
閉所恐怖症	なし	あり	

体内に磁性体がある場合、磁場によって動いたり外れたりする恐れがあります。
また、磁性にかかわらず金属は変動磁場に起因する発熱により火傷を起こす可能性があります。

同意書

上記について十分に理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日 患者署名

本人記入困難な場合 代理人署名 続柄()

患者様へ説明し、同意を得ました。

平成 年 月 日 主治医署名