

MRI 検査前問診票・同意書

MR I 検査を受けられる方へ

記入日

平成 年 月 日

- MRI 検査は、強い磁場を使用して検査をおこないます。
安全に検査をすすめるため下記の項目についてご記入及びサインを、お願いします。

| | |
|----------|--|
| 技師 確認 | |
|----------|--|

| | |
|--|----------|
| 1 心臓ペースメーカーを使用している。 | はい ・ いいえ |
| 2 手術の既往があり、脳動脈瘤クリップ・人工弁・心臓血管ステント等の医療用金属材料が体内に入っている。 | はい ・ いいえ |
| 3 人工内耳を使用している。 | はい ・ いいえ |
| 4 植え込み型除細動器・神経刺激装置・骨成長刺激装置を使用している。 | はい ・ いいえ |
| 5 義眼（磁石で眼窩内に固定されている場合）を使用している。 | はい ・ いいえ |
| 6 歯の治療でインプラント治療（磁性体の材料を使用）等されていますか？ | はい ・ いいえ |
| 7 人工関節等の金属が体内に存在する。 〔検査結果に影響があったり、違和感がある場合があります。〕 | はい ・ いいえ |
| 8 閉所恐怖症の可能性がある。 | はい ・ いいえ |
| 9 入れ墨、アートメイク等を施している。 〔低温火傷等の可能性があります。〕 | はい ・ いいえ |
| 10 体重をご記入ください。〔適正条件で撮像するために必要です。〕 | (kg) |

- 女性の方はお答えください（妊娠・胎児に関する MRI 検査の安全性は確認されていません）

| | |
|---|----------|
| A 妊娠もしくはその可能性がある。 〔妊娠期間により検査を延期する場合があります。〕 | はい ・ いいえ |
| B 現在授乳中である。 | はい ・ いいえ |

●MRCP 検査を受けられる方へ

消化管と、他の臓器を画像上区別し、診断に有用な情報がより得やすくなる薬（ボースデル内用液 10）を使用します。下記の項目に当てはまる方は、チェックし 主治医にご相談ください。

- 以前に薬を使用して、かゆみ、発疹などのアレルギー症状が出たことがある。
 消化管穿孔、またはその疑いがある。 水分の摂取を制限されている。
 消化器系の外科的手術を受けたことがある。 経口抗生物質、経口抗菌剤を服用している。
このお薬を飲んだ後に、軟便、下痢、腹痛、腹鳴、血清鉄低下などが起こることがあります。

★MRI 検査を行なう際の注意事項

MRI 検査は強い磁場を使用して検査を行ないます。上記の質問で“はい”と答えられた方は MRI 検査を行なうことが出来ない事があります。担当医または、係の者に申し出て下さい。また、“いいえ”と答えられた方も、稀に違和感や、低温火傷の可能性のある場合があります、途中で検査を中止する場合があります。

カラーコンタクトレンズの装着・マスカラ・アイシャドウ等の化粧品・義歯・カイロ・シップ薬・保温性肌着（ヒートテックなど）等は、低温火傷の可能性があるので検査当日は、使用をご遠慮ください。

私は、以上の質問・注意事項を十分理解し、医師から十分な説明を聞いた上で、
MRI 検査を受けることに 同意します。 同意しません。

ご署名

問診の結果 MRI 検査施行 可 不可

ボースデル内用液（服用） 可 不可 依頼医師名