

MRI検査 問診と同意書

(サテライト用)

検査年月日： 年 月 日 時 分

MRI検査を受けられる方へ

次の問診にお答えください。

【MRI検査に関する問診欄】(いずれかに○印をつけ、必要事項を記入して下さい。)

1.	心臓ペースメーカーを使用していますか？	はい	いいえ
2.	ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか？	はい	いいえ
3.	人工内耳を使用していますか？	はい	いいえ
4.	神経刺激装置、脊髄刺激装置を使用していますか？	はい	いいえ
5.	妊娠中あるいはその可能性がありますか？(女性のみ)	はい	いいえ

*上記1～5に該当項目がある場合、MRI検査は行えません。

6.	手術等により体内への金属類の埋め込みがありますか？(クリップ、人工関節等) →「はい」の場合、 ・手術をした時期、手術部位を教えてください。() ・手術後MRI検査をしたことがある、または、手術した医師にMRI検査が可能であると言われていませんか？	はい	いいえ
7.	体に入れ墨、アートメイク、ボディーピアスがありますか？	はい	いいえ
8.	閉所恐怖症はありますか？	はい	いいえ

*上記6～8に該当項目がある場合、場合によっては検査を中止することがあります。

造影剤を用いる方へ(必ず、別紙「造影剤の使用に関する説明」をご覧ください。)

【造影剤に関する問診欄】(いずれかに○印をつけ、必要事項を記入して下さい。)

1.	別紙「造影剤の使用に関する説明」を読みましたか？	はい	いいえ
2.	過去に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ →「はい」の場合、その際、何か副作用が出ましたか？ →「はい」の場合、どのような副作用がありましたか？ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発疹 ・ 血圧低下 ・ その他()	はい	いいえ
3.	薬や食べ物にアレルギーがありますか？ →「はい」の場合、詳細を記入して下さい。 *注意して検査を行う必要があります。 ()	はい	いいえ
4.	気管支喘息と診断されたことがありますか？ (原則禁忌)	はい	いいえ
5.	現在、授乳中ですか？(女性のみ) →「はい」の場合、造影剤使用後、24時間は授乳を避けてください。	はい	いいえ

【検査方法(主治医記載欄)】(検査方法にシ点を記入して下さい。)

上記の問診票及び診察の結果により以下のとおりとします。

☐ MRI検査をします。(造影剤なし)☐ 造影剤を使用しMRI検査をします。

直近3ヶ月以内のeGFR値： (検査日 年 月 日)

* eGFR値が30未満の場合造影検査は出来ません。

☐ その他()

主治医 ⑥

【同意欄】

私は今回のMRI検査を受けるにあたり、必要性・副作用の可能性に関して説明を受け、充分理解・判断しました。
よって上記の検査方法に同意します。

日付 年 月 日

市立湖西病院長 殿

患者氏名

(保護者または代理人氏名)