

MRI 検査 問診票/同意書

記載例

以下の問いにお答えください。(ご回答の内容により検査できない場合があります)

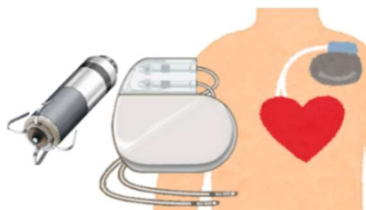
1. 体内にペースメーカー等の医療機器が入っていますか？

(はい・いいえ)

挿入しているものに○をつけてください。該当するものがなければ、その他の欄に記載してください。

ペースメーカー / ICD(植え込み型除細動器) / 脳深部刺激装置 / 脊髄刺激装置

迷走神経刺激装置 / 人工内耳 / その他 ()



ペースメーカー



人工内耳

***安全管理上、当院では「MRI 対応機器」が植え込まれている場合でも検査はお受けできません。**

2. 手術や治療、または事故などで "体内に金属" が入っていますか？

(はい・いいえ)

入っている場合、該当するものに○をつけていただくか、なければその他の欄に記載してください。

動脈クリップ / コイル / スtent / 人工心臓弁 / 人工関節 / プレート / ボルト

内視鏡止血クリップ / VP・LP シヤント / 磁石式入れ歯 / 歯科矯正用の器具 / 避妊用具

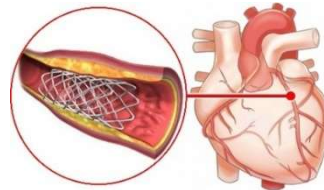
銃弾 / 鉄片 / その他 ()



脳動脈瘤のクリップ



人工関節(股関節)



冠動脈ステント

3. 今までに手術を受けたことはありますか？

(はい・いいえ)

「はい」の方は、受けた年、病名、手術した病院名をお書きください。

(年 月 病名： 手術した病院：)

(年 月 病名： 手術した病院：)

4. MRI 検査を以前、受けたことがありますか？

(はい・いいえ)

「はい」の方は、受けた時期をお書きください。

(令和6年 11月)

5. 過去に金属を加工する仕事をしたことはありますか？

(はい・いいえ)

6. 狭いところが苦手(閉所恐怖症)ですか？

(はい・いいえ)

7. 20分程同じ姿勢で安静にできますか？

(はい・いいえ)

8. 入れ墨(タトゥー)、アートメイクをしていますか？

(はい・いいえ)

9. 現在、妊娠中、またはその可能性はありますか？

(はい・いいえ)

私は、上記の問診事項に正しく回答しました。また、MRI 検査のリスクについて説明を受け、納得した上で検査を受けることに同意します。

確認日 令和8年11月9日

ご依頼元医療機関の医師署名
をお願いします。

署名(本人)

菊池 花子

代理人署名 続柄： 子

菊池 次郎

主治医(説明医師)

熊本 一郎