

MRI検査 同意書

ID :

氏名:

スキャン済み



MRI検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答えください

- 1) 体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか
- ・ 心臓ペースメーカー（MRI対応も含めて）、埋め込み型除細動器 (いいえ はい)
 - ・ 人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置 (いいえ はい)
 - ・ 脊柱管内リード線、脊髄刺激装置 (いいえ はい)
 - ・ 脳動脈クリップ（くも膜下出血の手術） (いいえ はい)
 - ・ 心臓や血管内の金属類、人工物 (いいえ はい)
(リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルター、スワンガンツなど)
 - ・ 人工心臓弁 (いいえ はい)
 - ・ 圧可変式バルブシャント（脳室シャントなど） (いいえ はい)
 - ・ 消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ (いいえ はい)
 - ・ 人工骨頭、人工関節、釘など（整形外科の手術） (いいえ はい)
 - ・ 胆管、食道、気管などの金属ステント (いいえ はい)
- 2) 体内に外傷による金属片（銃弾破片や鉄片など）がありますか (いいえ はい)
- 3) 以下の金属類や人工的なものを身に付けていれば、○で囲んでください

補聴器	義 眼	義 足	義 手	磁石を利用した義歯（入れ歯）
歯列矯正器具	コルセット	鍼（はり）の治療針	持続グルコース測定器	

※ 上記1) ～3) 以外の金属、人工物があればご記入ください

()

- 4) 刺青（イレズミ）をしていますか (いいえ はい)
- 5) カラーコンタクトレンズを使用していますか (いいえ はい)
- 6) アートメイク、アイライン、マスカラを施していますか (いいえ はい)
- 7) 貼り薬を貼っていますか (いいえ はい)
- 8) 閉所恐怖症ですか (いいえ はい)
- 9) いままでMRI検査を受けたことがありますか (いいえ はい)
- 10) 女性の方へ 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか (いいえ はい)

以上の問診および診察の結果、MRI検査の施行は（ ☐ 可 ・ ☐ 不可 ）と判断しました。

説明医師 署名

MRI検査に関する概要と禁止事項の説明を受け理解ができましたので、MRI検査を受けることに同意します。

年 月 日

（患者 ・ 代理人）署名

（続柄）

検査当日は、こちらの検査同意書をご持参ください。

☐ 電話説明にて同意（家族氏名）（続柄）※カルテ記事参照
（注）代理人は、本人が未成年者又は署名できない場合に記入



沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

電話：（代）098-888-0123