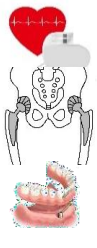









## 【 MRI検査の問診票・同意書 】

記載日 令和 年 月 日

主治医監修のもとに、下記の該当するほうに☑をつけて下さい。空欄があると検査できないことがあります。

### MRI 検査 問 診 票

1	MR検査を以前に受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
2	体内に何らかの金属が存在する。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ				
3 4	 MRI 対 応  非 対 応	<input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー除細動器	<input type="checkbox"/>	人工内耳、中耳	<input type="checkbox"/>	埋込電極	事前に埋込部位、金属材質をおたしかめください。 MRI対応で無い場合、検査できないこともあります。	
		<input type="checkbox"/>	動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/>	動脈瘤コイルなど	<input type="checkbox"/>	金属製人工弁		
		<input type="checkbox"/>	人工関節	<input type="checkbox"/>	腹部クリップなど	<input type="checkbox"/>	ステント		
		<input type="checkbox"/>	リードレスペースメーカー	<input type="checkbox"/>	圧調整バルブ付シャント	<input type="checkbox"/>	整形外科用固定具		
		<input type="checkbox"/>	取り外し可能な義歯	<input type="checkbox"/>	磁石使用歯科インプラント	<input type="checkbox"/>	歯列矯正具		
<input type="checkbox"/>	カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/>	金属の破片・可動型義眼	<input type="checkbox"/>	補聴器				
5	必須	MR検査対応の金属である。(主治医記入) 上記項目にチェックがある場合のみ				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
6		刺青・アートメイク・ネイルアート・ジェルネイルをしている (種類・部位；  )				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
7		経皮吸収貼付剤(皮膚に貼り付ける薬)を使用している。 				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
8		妊娠の可能性がある。				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
9		閉所恐怖症がある。				<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
10		検査をすることが可能である。(主治医記入)				<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	否

造影検査を希望の場合は、造影剤問診票をご記入ください。

### 造影剤問診票

1	これまで造影剤を使用した検査をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
2	造影剤で副作用が出たことがありますか。(副作用の内容： )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
3	気管支喘息がある。( 現在治療中・ 年前治療・ )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4	アレルギー体質である。(アレルギーの内容： )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
5	透析を受けている。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
6	重篤な肝障害がある。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
7	妊娠または授乳中である。( 妊娠 ヶ月 )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
8	造影可能である。(主治医記入)	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	否

※eGFR<30の場合や、eGFR値(またはクレアチニン値)が不明の場合は、造影できません。

6ヶ月以内のeGFR値

(またはクレアチニン値)

#### 同意書

eGFR\*: <https://www.jsnp.org/egfr/>

上記の内容を確認したためMRI検査の実施を許可する(医師署名： )

検査の目的や必要性、合併症の説明を受け、理解した上でMRI検査に同意する

令和 年 月 日

◎検査当日に問診票がないと検査できません。

患者署名欄

お手数ですがご記載後FAX送信をお願いします。