

## MRI 検査問診票

MRI 検査を行うために、質問にお答えください（該当する項目に☑をつけてください）

今までに MRI 検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
--------------------------	-----------------------------	------------------------------

### 禁忌（検査を行うことが出来ません）

心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
人工内耳・神経刺激装置・骨刺激装置がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
圧可変式バルブ式シャント（脳室 - 腹腔シャント）がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
体内で移動、脱落の可能性のある金属（内視鏡クリップ等）がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

### 限定禁忌（材質等により検査不可）

脳動脈クリップ・心臓人工弁がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
心臓血管内の人工物（コイル、ステント、人工血管、フィルターなど）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
人工関節・人工骨頭がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
体内植込式インスリンポンプ・持続グルコース測定器等がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
歯科矯正器具・矯正ブリッジ・磁石も用いたインプラント、義歯	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

以下に当てはまる方は事前にお申し出ください

入れ墨・アートメイク・ネイルをしている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
“はい”の方のみお答えください <b>火傷や変色の可能性があります、検査に同意されますか？</b>	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
妊娠もしくは妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<u>胎児の安全性は確立されていないため医師との相談になります。</u>		
閉所恐怖症（疑いも含む）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
当院では医療の質の向上に貢献するために <u>個人情報を取り除いた上で</u> 研究・学会等で使用する場合がございますが、同意いただけますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

その他ご不明な点やその他、体内にあるものございましたらご記入ください。

[ ]

### MRI 検査の同意

MRI 検査を受けるにあたり上記内容を理解し、安全性について理解しましたので、  
検査を受けることに同意致します

令和 年 月 日 本人署名

代理人署名

続柄