**MRI検査における問診と同意書**

　　　　患者氏名：　　　　　　　　　　　　様（患者ID：　　　　　　　）　　男　・　女

　　　　検査予定日：　　　　　年　　　　月　　　　日（　　）　　　　　時　　　　分

　　　　　　　　　　　　　　　　　　―　問　診　欄　―

　　以下の該当する項目に✓をつけて下さい

検査についての重要事項**（体内に金属が入っている方は必ずお申し出ください）**

１．心臓ペースメーカーを入れていますか？　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

２．人工内耳・人工中耳を入れていますか？　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

３．植込型除細動器、神経刺激装置、骨成長刺激装置、V-Pシャント、持続注入用植込型ポンプなどを入れていますか？　　　　　　　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

４．体内に金属を入れる手術をしたことがありますか？

□　いいえ

□　はい　⇒　いつ頃、どんな手術をしましたか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５．入れ歯、インプラントがありますか？　　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

６．刺青、アートメイクがありますか？　　　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

７．カラーコンタクトをしていますか？　　　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

８．閉所恐怖症はありますか？　　　　　　　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

９．心臓の薬を体に貼っていますか？　　　　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

10．持続血糖測定器を装着していますか？　　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

11．妊娠していますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　□　いいえ　　　□　はい

12．身長・体重をご記入ください　　　　　　　　身長：　　　　　cm 　　体重：　　　　　kg

　　　　　　　　　　　　　　　　　　―　同　意　書　―

　みずほ足クリニック 院長 宛

私は担当医師よりMRI検査について十分な説明を受けて理解しましたので、検査の実施に同意いたします。

（この同意は検査開始までのいかなる時においても、取り消すことが出来ます。検査の中止を希望される場合は、いつでもお申し出下さい）

　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　患者（または代理人）氏名：　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　）