

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 シヤント、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、取り消すことができます。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： _____）