

# MRI検査問診票及び同意書

稲村脳神経外科クリニック

《検査予定日》  
20 年 月 日  
予約時間 :  
部位 :

MRI検査は従来の放射線を使った検査と異なり、電磁波を用いた画像を得る為、体内に精密機械を装着している場合や下記の禁忌に該当する方は、人体に重大な影響が起こる可能性がある為、MRI検査を受ける事が出来ません。また、手術などにより金属が入っている場合は、金属の材質により人体に重大な影響が出る可能性と、診断画像に影響がある場合とがあり、注意が必要です。

**MRI検査を安全に受けていただく為に、下記の質問にお答えいただき、ご署名をお願い致します。**

※今までにMRI検査を受けた事がありますか？(番号に○をつけてください。)

1 : なし      2 : あり

※手術を受けたことがありますか？(その他、人工関節など体内に金属を残す様な手術)

1 : なし      2 : あり      (      年頃)  
(      手術)

## MRI検査禁忌事項

①心臓ペースメーカー・埋込型除細動器・埋込型補聴器・人工内耳はありますか？

1 : なし      2 : あり

②磁性体脳動脈クリップがありますか？

1 : なし      2 : あり      (      年頃      病院にて)

③加圧変式バルブ付きVPシャントがありますか？

1 : なし      2 : あり      (      年頃      病院にて)

④事故になどで、眼内等に微細金属片や体内に金属片(銃弾など)が残っている可能性がありますか？

1 : なし      2 : あり

## 条件付き検査可能

以下の項目は危険性や熱、画像劣化・その物の変形、変色の可能性があります。有無をチェックして下さい。

閉所恐怖症(狭い所が苦手だ)	あり・なし	義眼・義肢や義足	あり・なし	特記事項
入れ歯・歯科矯正・インプラント	あり・なし	カラーコンタクト	あり・なし	
補聴器・めがね	あり・なし	刺青・外ウー・アートメイク・アイメイク	あり・なし	
アクセサリ類(時計・ネックレス・ピアス等)	あり・なし	保温下着(遠赤外線・ヒートテック等)	あり・なし	
湿布・カイロ・エレキバン・置き針・耳針	あり・なし	妊娠中、またはその可能性	あり・なし	
カツラ・ウィッグ・ヘアピン・整髪料	あり・なし			

・その他 気になる事がありましたらご記入ください。

上記について十分理解した上で、MRI検査に同意します。

年 月 日      本人署名  
本人記入困難な場合      代理人続柄(      )      代理人署名