

【MRI 検査を受けられる方へ (チェックリスト 及び 承諾書)】

記入日 年 月 日

ふりがな

患者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日

1. 手術を受けたことがある。 (有 ・ 無)
手術内容 ()
 - ・以下のものが体内にある (該当するものに○印を付けてください。)
 - (ア) 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、心臓人工弁、ループレコーダー
 - (イ) 外科用クリップ、内視鏡治療用クリップ、クランプ、血管内治療用ステント、コイル、避妊リング
 - (ウ) 人工関節、骨折固定金具
 - (エ) 脳室シャント、人工内耳、可動型義眼
2. 以下のものが体内にある (有 ・ 無)
 - (オ) 入れ歯、磁石性のインプラント
 - (カ) 入れ墨
3. 以下の中で検査時に身につけているものがある。 (有 ・ 無)
 - (キ) 安全ピン、ヘアピン、アイシャドー、カラーコンタクト (事前に外して下さい)
 - (ク) かつら、増毛パウダー、白髪染めパウダー
 - (ケ) エレキバン、カイロ、湿布類、禁煙パッチ、ニトログリセリン貼付剤、パーキンソン病貼付剤
 - (コ) 補聴器
 - (サ) ピアス、イヤリング、指輪等の装飾品
 - (シ) 金属の付いた下着、洋服、ヒートテック、コルセット、D I B キャップ等
4. 上記以外の金属類が体内にある、または身につけている。 (有 ・ 無)
具体的な内容 ()
5. 妊娠中や授乳中である、またはその可能性がある。 (有 ・ 無)
6. 閉所恐怖症がある (有 ・ 無)
7. 体重は何 k g ですか? (kg)
8. 緑内障、心臓の病気、前立腺肥大症、糖尿病があるとされたことがある。 (有 ・ 無)
具体的な内容 ()
9. 最終月経 (骨盤部の検査の方は、記入して下さい。 ()

上記の内容を理解した上で、MRI 検査を行うことを承諾します。(患者・代理人 _____)

確認者 (看護師: _____ /放射線技師 _____)