

# MR I 検査の問診票と同意書

検査日： 月 日	氏名：
身長： cm	体重： Kg

## 問診 (消えないボールペンで記入して下さい。)

1. 以前にMR I 検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)  
「はい」に○を付けた方へ いつ頃ですか？ 年 月
2. これまでに手術を受けられたことがありますか？ (はい・いいえ)  
昭和・平成 年 手術または病名 ( )  
昭和・平成 年 手術または病名 ( )  
➤ 1ヶ月以内に内視鏡検査でのポリープ切除術を行いましたか？ (はい・いいえ)
3. 以下の金属が体内にありますか？ (はい・いいえ)

### \*検査をお受けできません

- ペースメーカー D I Bキャップ 脳室シャント (水頭症) シャントチューブ  
人口内耳 植え込み式補聴器 外傷後の鉄片・銃弾など

- 検査禁忌カード及び手帳がございましたら提出をお願いします。
- 金属加工作業 (板金など) の方は作業後入浴を済ませてください。

以下の金属類や人工的なものを身に付けていますか？ (はい・いいえ)

- 補聴器 義眼 義手・義足 入れ歯・インプラント 歯列矯正器具  
コルセット 鍼 (はり) の治療針 カラーコンタクトレンズ  
経皮吸収貼付薬 (ニトロダーム・フランドルテープなど) 刺青・アートメイク  
ラメ入りアイシャドー ヘアピン かつら ピアス・ボディピアス

- 刺青・アートメイクをされている方は、様子を観察しながら検査を行います。

4. 閉所恐怖症ですか？ (はい・いいえ)
5. 妊娠あるいは、妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

### 注意事項

- 装置内は制限された狭い空間で、騒音がします。(必要な方は耳栓をご用意下さい。)
- 検査時にワイヤーのないタイプのマスクをご用意下さい。
- 撮影時間が長い為、長時間同じ姿勢を保てない方は検査を中止する事がございます。
- 検査日に来院出来ない場合は、早めにご連絡下さい。

## 同 意 書

私は、今回のMR I 検査を受けることに同意します。

西暦 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

本人の署名 \_\_\_\_\_

保護者または、代理人の署名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

医療法人社団仁成会 高木病院 放射線科  
電話0428(31)5255(代)