

MR検査における問診票・検査同意書

検査当日、この用紙を持参のうえ放射線・MR科 受付までお越しください。

検査日 年 ____ 月 ____ 日

患者ID _____ 氏名 _____ 生年月日 _____

【MR検査とは】

中心に体が入る穴の空いた大きな磁石です。この穴の中に体を入れて寝ていただき、FMラジオ等と同様の電波を体にあてて、体の縦・横・水平・任意断面の鮮明な断層写真を得て診断に役立てる検査です。

【MR検査を受けるにあたっての注意事項】

金属類がありますと、磁場が乱れて正しく診断ができなくなったり、磁場とラジオ波の影響で金属自体が発熱し、やけどをする可能性があります。

また、体内の重要な臓器の近くに金属類がありますと、人体に重篤な影響を及ぼす可能性があります。

※ ただし、磁石にくっつきにくい金属(弱磁性体)であれば、検査をすることができます。

MR検査をより安全に受けていただくために、次の質問にお答えください。

不明な点がある場合は、主治医または放射線科医にご質問ください。

患者記入欄

- ・ 今までにMR検査を受けたことはありますか？ _____ はい ・ いいえ
- ・ 目または目の付近に金属片がある可能性はありますか？ _____ はい ・ いいえ
- ・ その他、体内に金属異物(弾丸や砲弾など)がある可能性はありますか？ _____ はい ・ いいえ
- ・ ペースメーカーを埋め込んでいますか？ _____ はい ・ いいえ
- ・ 人工内耳を埋め込んでいますか？ _____ はい ・ いいえ
- ・ 可動性義眼を装着されていますか？ _____ はい ・ いいえ
- ・ 頭の手術をされたことはありますか？(水頭症や脳動脈クリップなど) _____ はい ・ いいえ
いつ頃、手術されましたか？ (_____)
- ・ その他、今までに手術をされたことはありますか？ _____ はい ・ いいえ
いつ頃、何の手術をされましたか？ (_____)
- ・ 閉所恐怖症(狭いところが苦手)ですか？ _____ はい ・ いいえ
- ・ 刺青がありますか(特に青色系)？ _____ はい ・ いいえ

【女性の方のみお答えください】

- ・ 妊娠中あるいは妊娠している可能性はありますか？ _____ はい ・ いいえ

医師記入欄

医師コメント (_____)

説明日 _____

説明医師・担当医 _____ 印

水島協同病院 院長殿

私は、上記内容について説明を受け理解しましたので、MR検査実施に同意します。

_____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名(本人または代理人) _____ 代理人の続柄 _____