

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 _____ 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。

水島協同病院 病院長殿

私は、上記内容について十分な説明を受け理解しましたので、MRI検査実施に同意いたします。

記載内容に変更がない場合、本同意書の有効期限は署名日より3ヶ月とします。

患者氏名 (または代理人) _____ (代理人の場合患者との続柄 _____)

説明した日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師・担当医 _____ 同席者 _____

MRI検査をより安全に受けていただくために、次の質問にあてはまるものに、チェックマーク(✓)でお答えください。尚、不明な点はスタッフへお尋ねください。

患者記入欄

- MRI検査を受けるのが初めてである。
- 今までにMRI検査を受けたことがある。
- 目または目の付近に金属片がある可能性がある。
- その他、体内に金属異物(弾丸や砲弾など)がある可能性がある。
- ペースメーカーを埋め込んでいる。
- 人工内耳を埋め込んでいる。
- 可動性義眼を装着している。
- 頭の手術を受けたことがある。
(いつ頃、何の手術 _____)
- その他に手術を受けたことがある。
(いつ頃、何の手術 _____)
- 閉所恐怖症(狭いところが苦手)である。
- 刺青がある。(特に青色系)
- 妊娠中あるいは妊娠している可能性がある。

医師記入欄

医師コメント (_____)