

検査日

年

月

日

【MRI禁忌事項】（必ず ある・なし のどちらかにチェックを入れてください。記載なき場合は検査できません。）

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ① 心臓ペースメーカー・除細動器がある（当院はMRI対応でも不可となります） | ☐ ある | ☐ なし |
| ② 人工内耳・中耳がある | ☐ ある | ☐ なし |
| ③ 神経刺激装置などの体内電子装置がある | ☐ ある | ☐ なし |
| ④ 可動型義眼・眼窩内の金属片がある（失明する危険性があります） | ☐ ある | ☐ なし |
| ⑤ 妊娠中あるいは妊娠している可能性がある（胎児の安全性は未確立です） | ☐ ある | ☐ なし |
| ⑥ V-Pシャント・L-Pシャントがある（当院ではバルブ調整ができません） | ☐ ある | ☐ なし |

【以下の項目で一つでも『**ある**』の場合、MRI検査は行えません】

【以下の項目を確認し、チェックを入れてください】

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|--------------------------------|
| ① 脳動脈瘤クリップ・血管内ステント・フィルターがある
（あるの場合、MRI対応であるかご確認下さい） | ☐ ある | ☐ なし | ☐ 確認済 |
| ② 人工心臓弁がある
（あるの場合、手術した施設にご確認下さい） | ☐ ある | ☐ なし | ☐ 確認済 |
| ③ 閉所恐怖症がある | ☐ ある | ☐ なし | ☐ 患者同意済 |
| ④ 体内に金属や異物などがある（該当するものに ☒ (チェック) を) | ☐ ある | ☐ なし | ☐ 確認済 |
| ☐ 人工骨頭 | ☐ 人工関節 | ☐ プレート | |
| ☐ 手術クリップ | ☐ ワイヤー | ☐ 内視鏡クリップ | |
| ☐ DIBキャップ(膀胱留置カテーテル用) | | | |
| ☐ インプラント | ☐ 矯正具(差し歯・クラウン・金歯・銀歯は除く) | | |
| ☐ 入墨・アートメイクなど(発熱・火傷の可能性あります) | | | |
| ☐ カラーコンタクトレンズ(変色火傷の可能性あります) | | | |
| ☐ その他の体内金属・異物（ | | | |

私はMRI検査を受けるにあたり、禁忌事項の確認・危険性(リスク)について説明を受け、了承しましたので、検査を受けることに同意します。

（なお一度、同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

年 月 日 患者様本人、又はご家族署名
※未成年者の場合、保護者の署名

（依頼医師記入欄）患者様は記入しないでください

☐ 上記について確認・説明済みである

説明・依頼医師署名

看護師サイン

技師サイン

×