

MRI検査確認同意書

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 ☐ なし
（ある場合、MRI対応であるかご確認下さい） ☐ 確認済
- ② 人工心臓弁がある ☐ ある ☐ なし
（ある場合、手術した施設にご確認下さい） ☐ 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・火傷の可能性があります)
- ☐ カラーコンタクトレンズ(変色火傷の可能性があります)
- ☐ 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

