（事務処理用）ID　　患者氏名

MRI 検査および造影剤使用に関する確認書（依頼元医師記載用）

※必ずチェックお願いします

単純・造影撮影共通項目

MRI絶対禁忌の体内金属・電子機器類　　□ すべてなし
心臓ペースメーカー　、埋め込み除細動機　、一時ペーシングワイヤー　、体内リード線
人工内耳　、神経刺激装置　、脊髄刺激装置　、骨成長刺激装置
強磁性体の体内金属　、内視鏡マーカー・止血用クリップ（内視鏡過去歴　　）

	なし	あり	
・閉所恐怖症	□	□	
・外傷、事故による体内金属異物 ［金属片、銃弾片など］	□	□	
・医療行為による体内金属	□	□	⇒ありの場合、手術年月日（　　）
［人工弁、脳動脈瘤クリップ、ステント、フィルター、プレート、人工骨頭/関節等、歯科インプラント、歯科矯正、義眼、 その他（　　）］			
・磁石を利用した義歯	□	□	⇒ありの場合、施行歯科医に検査可能か確認済みです。また検査により磁力が低下する可能性につき説明し、同意を得ています。
・金属使用尿道バルーン	□	□	⇒ありの場合、事前の処置について（　　）
・刺青（体幹、四肢、眉、その他）	□	□	⇒ありの場合、検査中に熱傷を起こす可能性につき説明し、同意を得ています。
・妊娠の可能性（女性のみ）	□	□	⇒ありの場合、検査の必要性とともに胎児への影響の可能性について説明し同意を得ています。

造影撮影の場合のみ

＜3ヶ月以内の Cre（　　mg/dL）＞
※Cre1.2mg/dL 以上の場合は単純のみでの検査に変更をお願いします。
＜喘息の既往、造影剤副作用歴の有無＞　□なし
※以上の既往歴がある場合は単純のみでの検査に変更をお願いします。
＜アレルギーの有無＞　□なし　□あり（　　）
※確認のTELをする場合がございます。

単純・造影撮影共通項目

上記の項目について、確認および、患者説明を行いました。

依頼元施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人徳洲会　羽生総合病院　048-562-3000