

# MR I 検査問診票・同意書

ふりがな

お名前

性別

生年月日

年齢

体重

1) 以下のような手術をしたことがありますか。

- |  |        |     |     |
|--|--------|-----|-----|
| ① 心臓の手術 (ペースメーカーや人工心臓弁の手術など)               | いいえ・はい | (手術 | 年頃) |
| ② 頭、脳の手術                                   | いいえ・はい | (手術 | 年頃) |
| ③ カテーテル手術<br>(コイル、ステント、フィルター、リード線、人工血管 など) | いいえ・はい | (手術 | 年頃) |
| ④ 目の手術                                     | いいえ・はい | (手術 | 年頃) |
| ⑤ 耳の手術                                     | いいえ・はい | (手術 | 年頃) |
| ⑥ 人工骨頭、人工関節等の金属(整形外科の手術)                   | いいえ・はい | (手術 | 年頃) |

2) 今までに内視鏡(胃・大腸)を受けたことがありますか。 いいえ・はい (検査 年頃)

3) 手術や検査、事故などで体内に金属がありますか。

(内視鏡止血用クリップ、ステント、銃弾破片、鉄片、など) いいえ・はい

4) 以下の”金属類や人工的なもの”を身につけていれば、○で囲んでください。

義眼、補聴器、カツラ、入れ歯、磁石を利用した義歯または歯科インプラント(カードお持ちの方はご持参下さい)

義足、義手、尿道留置カテーテル、コルセット、鍼(はり)治療の針(置き針)、避妊用リング、ホッカイロ、貼り薬

※ 上記の1~4)以外に何か金属類、機械、人工的なものがあればご記入ください。

5) アートメイクをしていますか?(まゆげ、目じりも含む) いいえ・はい

6) カラーコンタクトレンズを使用していますか。 いいえ・はい

7) 狭いところは苦手ですか。 いいえ・はい

8) 今までにMRI検査を受けたことがありますか。 いいえ・はい

9) 鉄過敏症や金属アレルギーといわれたことがありますか。 いいえ・はい

10) 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか。(女性の方のみ) いいえ・はい → 主治医の確認

11) 検査部位が乳腺、骨盤部(子宮、卵巣)の検査を受けられる方は、月経についてご記入ください。

最終月経( 月 日 ~ 月 日 : 月経周期 日) 閉経 歳

12) MRI検査について理解し、検査を行うことに同意しますか。 いいえ・はい

はいの場合、同意のご署名をお願いします。

令和 年 月 日 患者様又は代理人 氏名  
未成年者は親権者 名 (続柄: )

※この問診票は検査当日に、MRI検査担当技師にお渡しください

※分からないことはご遠慮なくお尋ねください

医療法人徳洲会 羽生総合病院 TEL.048-562-3000