

患者氏名： _____

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

MRI 検査を受ける方へ

MRI は、強力な磁力線と電波を使って体の内部を診る検査です。横になった状態でベッドが動き、狭いトンネルの中に入りながら撮影を行なっていきます。検査中は大きな音がします。検査時間は、撮影部位によって異なりますが、15分から60分程度です。

<患者・家族記載欄>

問診：MRI 検査をできるだけ安全に実施するため、以下の質問にお答えください	
1. 右記項目の中で該当する項目はありますか？	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症（狭く、暗いところに行くとき不安が強くなるなど） <input type="checkbox"/> 手術や処置により、金属類が体内にある 人工内耳・マグネット付き義歯・インプラント・人工関節 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> ステント（心臓・腹部・腸 他） <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ・コイル <input type="checkbox"/> 刺青がある <input type="checkbox"/> 持続血糖測定器でモニター中
2. 現在、妊娠の可能性はありますか？（女性のみ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

検査室内に持ち込めないもの

- ・ヘアピン ・ネックレス ・イヤリング ・入れ歯 ・指輪 ・メガネ ・補聴器 ・時計 ・携帯電話
 - ・財布 ・磁気カード ・磁石 ・カイロ ・貼薬 ・その他金属類や磁気類 ・持続血糖測定器センサー
- ※上記のものを持ち込むことによって、磁力線や電波に影響し検査画像が作成できなかったり、物の破損や医療機器の破損、やけどやケガなどにつながるため、持ち込まないようにして下さい。

その他

- ・検査中に困ったことや、気分不快など起きた場合には、マイクを通して会話ができますので、遠慮せずにお伝えください。
- ・検査上、息止めが必要な場合には、技師から指示がありますので、指示に従ってください。

上記の通りご本人（親族または代理人等）に対し、説明しました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医師名： _____ (印)

秦野赤十字病院 病院長 殿

上記内容の説明を受け、承諾しました。また、上記実施中に医学上の必要性がある場合には、その処置の変更についても併せて同意しました。

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名： _____

親族または代理人署名： _____

【患者との続柄：配偶者・父母・子・兄弟・その他（ _____ ）】

※本人の署名がある場合は、代理人の署名は不要です。本人が署名できない場合には代理人が署名して下さい。