

# MRI検査の説明・同意書 ご依頼施設用同意書

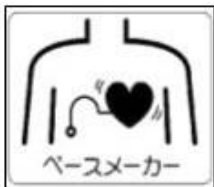
患者氏名： \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 歳 ( 男 ・ 女 )

医療機関名： \_\_\_\_\_ 依頼医名： \_\_\_\_\_ 検査予定日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

以下の □ 枠内は、医師による確認が必要です。

MRIの検査は磁石や電波を用いますが、人体への影響はありません。ただし磁石につく金属(磁性体)は影響を受けます。そのため体から磁性体が外せない場合は、原則としてMRI検査が受けられません。

以下の①～⑩について、はい・いいえ、どちらかを○で囲んでください。



1) 埋め込み型医療機器(心臓ペースメーカー、リードレスペースメーカー、心電計、除細動器、脳動脈瘤クリップ等)を埋め込む治療を受けていますか？

(はい ・ いいえ)

はい と記載した方への確認。機器はMRI検査可能ですか？ (はい ・ いいえ)

2) 最近4週間以内に体内に金属ステントを挿入する治療を受けていますか？

(はい ・ いいえ)

はい、と記載した方は( )の中に治療の種類と受けた時期を御記入ください。

(部位: \_\_\_\_\_ )(時期: \_\_\_\_\_ 頃 )

3) 脊髄の神経刺激装置・人工内耳などのMRI検査ができない機器を埋め込む治療を受けていますか？ また眼窩・皮下などの体内に金属異物が有りますか？

(はい ・ いいえ)

はい、と記載した方は( )の中に、その種類・部位と確認時期をご記入ください。

(種類・部位 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ 年前 )

※以下の4)～8)に該当する場合は、検査前に全て取り外して下さい。また口の中のインプラントで、磁石を顎骨側に挿入している場合は検査できません。不明な際は施行した歯科医師にご確認下さい。

4) 携帯用インスリン注入ポンプ、持続血糖測定器を身に付けていますか？ (はい ・ いいえ)

5) 入れ墨やアートメイク、カラーコンタクトをしたり、マスカラを塗っていますか？ (はい ・ いいえ)

6) マグネットネイルやマグネットつけまつげ はありますか？ (はい ・ いいえ)

7) ニトログリセリンの貼り薬(心臓の薬)を、体に貼っていますか？ (はい ・ いいえ)

8) 口の中に、磁石式・着脱式のインプラントが有りますか？ (はい ・ いいえ)

※上記項目確認後に実施したMRI検査で歯科インプラントに異常が生じても、当院は補償致しません。

9) 妊婦、または妊娠されている可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

10) 狭いところが非常に苦手ですか？(閉所恐怖症が有りますか？) (はい ・ いいえ)

※ 次のものは、故障したり、危険が生じたりすることがあります。検査前に必ず取り外してください。

○補聴器、時計、携帯電話、眼鏡、ライター、鍵、アクセサリ、ヘアピン、エレキバン、磁気ネックレス

硬貨、はずせる義歯、義眼、カイロ、マスカラ、マグネットつけまつ毛、ニトログリセリンの貼り薬

金属の付いた下着等、磁気カード(クレジットカード、マイナンバーカード、定期券、交通系ICカード等)

※ ネイルや入れ墨等、やむを得ず取り外せずに検査を行う場合には熱傷や変色のリスクがあります。

以上の説明について十分ご理解いただき、検査に同意される場合は以下に署名をお願いします。

署名日時

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様氏名:

同席者・代理人 様氏名 (続柄)

( )