

MRI検査の問診・同意書

☐ はすべてご記入ください（検査予定は、決まっていたら記入をお願いします）

ID		最新の体重	eGFR
氏名		kg	
検査予定	年 月 日 時 分		

問診・同意書の注意事項

問診日より3ヶ月が過ぎた場合、検査当日に変更が無いかを
確認し、確認欄に日付と確認者名を記入してください

確認日（当院に記載） 当日確認者（当院にて記載）

※eGFRの値は、直近半年以内の検査結果のご記入をお願いします。

安全に検査を受けていただくために、以下の質問について正確にご記入いただきますようお願いいたします。
該当するものがあれば□にチェックしてください

- 今までにMRI検査を受けたことがありますか ☐ いいえ ☐ はい
 - 以下の項目に該当するものはありますか ☐ いいえ ☐ はい
 - ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 植込み型除細動器 ☐ 人工内耳
 - ☐ 神経刺激装置 ☐ 骨成長刺激装置 ☐ インシュリン注入ポンプ
 - 以下の項目に該当するものはありますか ☐ いいえ ☐ はい
 - ☐ 脳動脈瘤クリップ ☐ 人工心臓弁 ☐ 血管グラフト ☐ 静脈フィルター
 - ☐ スtent ☐ 植込み型心電図レコーダ ☐ リブレセンサー ☐ 人工関節
 - ☐ 体内金属（ ☐ 圧可変式V-Pシャント ☐ 膀胱留置カテーテル
 - ☐ 義眼 ☐ 補聴器 ☐ 取り外し可能な義歯 ☐ コンタクト
 - ☐ 刺青 ☐ アートメイク ☐ 妊娠の可能性 ☐ 閉所恐怖症
 - 今までに金属アレルギーといわれたことがある ☐ いいえ ☐ はい
- 以下の項目は造影MRIを受ける方のみお答えください
- 今までにMRI検査の造影剤で副作用が出たことがありますか ☐ いいえ ☐ はい
 - 腎臓の働きが悪いといわれたことがある ☐ いいえ ☐ はい ☐ 透析中
 - 喘息やアレルギーの病気はありますか ☐ いいえ ☐ はい

松山赤十字病院院長殿

私はMRI検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたので、MRI
検査を受けることに同意します。

承諾日： 年 月 日

患者氏名

署名

未成年又は患者が署名困難な場合
には代理人の署名をお願いします。

代理人氏名（続柄）

署名

（続柄）

上記2～7の問診において□いいえ以外にチェックがあり検査を行う場合は、必ず検査OKにチェックしてください

該当時のみチェックをお願いします

☐ 検査OK

確認日： 年 月 日

医療機関名

医師名