

MR I 検査問診票兼同意書 (記入して検査当日お持ちください)

●MR I 検査を受けたことがありますか..... 無 有

※以下に該当する方は検査ができない場合があります。主治医または手術された施設へ御確認ください。

●体内にペースメーカーや人工内耳・刺激電極・機械式人工弁・義眼はありますか。 無 有 (当院では検査不可)

●閉所恐怖症はありますか。..... 無 有

●体内に人工物 (クリップ・人工関節・ステント・フィルター・避妊リング・金属片など) や磁石を使用したもの (磁石式イプラント、磁石式人工肛門など) はありますか。 無 有
(どこに: 何が:) ←

●(女性の方) 現在、妊娠の可能性はありますか。..... 無 有 (妊娠 週目)

●刺青・アートメイクはありますか。(火傷・変色の可能性があります) 無 有

●仕事や事故、けがで体内に金属片や鉄粉はありますか。..... 無 有

造影検査を受ける方のみお答えください。※有の方は主治医へご相談ください。

●今まで造影剤を使って副作用が出たことがありますか。..... 初めて使用 無 有
症状: 嘔吐 吐き気 発疹 血圧低下 その他 () ←

●ぜん息はありますか。..... 無 有
現在治療中 治癒 小児喘息 ←

●アレルギーはありますか。..... 無 有 ()

●腎臓の病気はありますか。..... 無 有 透析中

MR I 検査・MR I 造影検査同意書

主治医よりMR I 検査の必要性について説明を受け、MR I 検査説明書の内容を理解しました。
MR I 検査の目的と注意事項、造影剤の副作用について十分理解したうえで検査を受けること、
また検査中予期せぬ事態が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を受けることに

同意します 同意しません

なお一度同意されてもいつでも撤回することができますので、その旨主治医にお伝えください。

年 月 日

患者様 (本人) 氏名 _____

代筆者氏名 _____ (続柄: _____)

患者が未成年、または署名困難な場合は代筆者が自筆署名してください。

熊本セントラル病院確認欄

医師	技師