

MRI検査問診票 兼 同意書

2/2

年 月 日

フリガナ 受診者 氏 名	生 年 月 日 明・大 昭・平 令			性 別	男・女
住 所	電話 番号				
保険者 番 号	記号 番号	患者 負担		割	
被保険者 氏 名	本人 家族	公費	負担者番号 受給者番号		
あて先	放射線科		他の診療科(科)		
紹介施設名			紹介医師名		

1	今までにMRI検査を受けたことがある	(はい ・ いいえ)
2	「はい」と答えた方はそのときに変わったことがあった (「はい」の方は具体的に:	(はい ・ いいえ)
3	MRIの造影検査を受けたことがある	(はい ・ いいえ)
4	「はい」と答えた方はそのときに変わったことがあった (「はい」の方は具体的に:	(はい ・ いいえ)
5	心臓ペースメーカーを装着している →「はい」と答えた場合、MRI検査は受けられません	(はい ・ いいえ)
6	事故などで体内・眼に鉄粉などが入っている	(はい ・ いいえ)
7	なんらかの手術をしている	(はい ・ いいえ)
8	人工関節・脳動脈クリップ・義眼など金属を体内に埋め込んでいる	(はい ・ いいえ)
9	入れ歯をしている ※磁石式の入歯はMRI検査後に磁力が低下する場合があります。必ず申し出てください。	(はい ・ いいえ)
10	コンタクトレンズを装着している ※「はい」と答えた場合取り外しての検査になりますので保存液とレンズケースをご持参下さい。	(はい ・ いいえ)
11	補聴器をしている	(はい ・ いいえ)
12	入れ墨をしている	(はい ・ いいえ)
13	不整脈がある	(はい ・ いいえ)
14	妊娠している	(はい ・ いいえ)
15	てんかんの既往がある	(はい ・ いいえ)
16	30分程度仰向けでじっとしてられる	(はい ・ いいえ)
17	閉所恐怖症がある	(はい ・ いいえ)
18	小児ぜんそくやぜんそくの既往がある	(はい ・ いいえ)
19	腎臓に病気がある (具体的に:)	(はい ・ いいえ)
20	心臓に病気がある (具体的に:)	(はい ・ いいえ)
21	眼の病気で緑内障と言われたことがある	(はい ・ いいえ)
22	前立腺肥大と言われたことがある	(はい ・ いいえ)

注意事項をよく理解しましたので、MRI検査を受けることに同意します。

年 月 日

本人又は
代理人

印

続柄

貴方の検査予定日時は、 年 月 日 午前・午後 時 分頃です。

..... 以下は記入しないで下さい

医師の判定

MRI検査を (する・しない) 確認医師

造影剤の使用を (する・しない) 確認医師

造影検査を行う場合は以下の記入をお願いします

【腎障害(血清 Cr > 2.0) 月 日 CRE 】