

MRI 診断問診票・同意書

大阪南医療センター院長 宛

MRI 検査は従来の放射線を使った検査と異なり、電磁波を使い診断に有用な画像を得ることができます。しかし、体内に精密機器（ペースメーカー）を装着している場合や下記の禁忌に該当する方は、人体に重大な影響の可能性があるため、MRI 検査・もしくは造影検査を受けることができません。

また、手術により金属が入っている場合は、金属の材質により人体に重大な影響の可能性があるためと診断画像に影響のある場合とあり注意が必要です。

安全な MRI 検査を行って頂くために以下の事項についてお尋ねいたします。

問診項目	禁忌	要注意	
・ペースメーカーを装着していますか	はい		いいえ
・人工内耳を装着していますか	はい		いいえ
・手術やカテーテル治療などで金属が体内に入っていますか		はい	いいえ
いつ頃手術をしましたか（ （金属の内容： 材質： ）			
・義眼をしていますか		はい	いいえ
・身体に刺青（入れずみ）をしていますか		はい	いいえ
・閉所恐怖症ですか		はい	いいえ
・金属を研磨するような仕事の経験がありますか		はい	いいえ
・磁石（じしゃく）で固定する入れ歯をしていますか		はい	いいえ
女性のみ			
・妊娠中または妊娠の可能性がりますか		はい	いいえ
・避妊リングをしていますか		はい	いいえ
造影検査予定の方のみ			
・喘息にかかっていますか	はい		いいえ
・過去に MRI 造影検査をうけて気分不良などがありましたか	はい		いいえ
・アレルギーがありますか（何に？		はい	いいえ
・腎機能が悪いと言われたことがありますか		はい	いいえ

検査における危険性を含め担当医師から説明を受け、この検査に同意します。

問診年月日 年 月 日

患者様氏名

貴院名

紹介医

放射線科依頼書と共に必ず予約時に FAX 下さい

大阪南医療センター 地域医療連携室 電話 0721-50-4415 FAX 0721-50-4416