

# MRI検査の問診および同意書 (病診連携用 MRI - 1)

検査年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

MRI検査を受けたことがありますか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	一番最近はいつですか？	年	月	日	検査部位
--	-------------	---	---	---	------

以下 体内にありますか？ 重大な事故が起こる可能性がありますので正確にお答えください

* 圧可変式バルブシャント(脳室シャント)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	} 発熱・やけど・誤動作・故障が起こる可能性があるため、MRI検査を受けることができません。
* 人工内耳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* 心臓人工弁(1970年以前のもの)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* 可動性義眼・磁石脱着式義眼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* 仕事・事故・戦争などによる体内金属片(眼球内鉄片など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	体のどこにありますか？ ( ) 安全性を確認できない場合は基本的に検査はできません

以下 体内にありますか？ [あり]の場合はMRI対応か医師による確認が必要です

* 脳動脈クリップ・コイル	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	} 材質によっては発熱したり動いたりする可能性があります。MRI対応か必ず医師が確認してください。検査部位に近い場合は十分な画像情報が得られない可能性があります。 <input type="checkbox"/> 確認した(医師記入)
* 歯科矯正器具・歯科インプラント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* 磁石脱着式入れ歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* 金属製避妊リング	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* 内視鏡クリップ (留置後2週間以上経過していること)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	} 体のどこにありますか？ ( ) 何が入っていますか？ ( )
* 人工関節・人工骨頭・整形外科手術のボルト・プレート・ワイヤーなど	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* 血管・胆管・食道・気管などのステント (留置後6週間以上経過していること)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* その他 体内金属( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

以下 [あり]の場合はデバイス(機器)の手帳やカードの確認が必要です 医師に提出してください

* 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	} 医療スタッフの方へ デバイスの手帳やカードを確認してください。 MRI対応であれば条件付きで検査可能となりますが、必ず事前に当院にご連絡ください。
* 植込み型除細動器(ICD)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
* 神経刺激装置(SCS)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

以下に当てはまりますか？

* 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	} 中止・中断の可能性があります ご了承ください
* 仰向けの姿勢が保てない	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
* 幼児～小学校低学年	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	→ 検査に付き添って頂くことがあります
* 妊娠初期(14週未満)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	→ 胎児への安全性が確立されていません
* 切削や研磨を伴う 金属加工の仕事をしている	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	→ 髪や皮膚や衣服に金属粉などが付着していない状態 でお越しください
* 重い不整脈	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	→ 気分が悪くならないか注意しながら検査します
* いれずみがある * アートメイクがある	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	→ どこにありますか？( ) 撮影部位に近い場合は やけど・熱感・変色の可能性があります。中止・中断になることもあり得ます。その上でMRI検査に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい → 検査可
* 患者状態(医師や看護師など医療スタッフが一番最後に記入してください)		
<input type="checkbox"/> 精神的に不安定 <input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <input type="checkbox"/> 意思疎通がとれない <input type="checkbox"/> 他特記事項( ) チェックが付いた場合は中止または中断もあり得ます。ご了承ください。		

私はMRI検査の必要性と不利益等に関する説明を受けました。MRI検査に同意します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 患者署名 \_\_\_\_\_

代理人署名 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

問診票記載内容をすべて確認し依頼医の責任においてMRI検査を実施します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 依頼医署名 \_\_\_\_\_