

3TMRI検査 問診・同意書

page1

社会医療法人恵佑会札幌病院

院長 久須美 貴哉 殿

検査日(西暦) 年 月 日

- ☐ 私はこの度、担当医より磁気共鳴検査(MRI)の必要性・リスクに関する詳細な説明を受け、その内容を十分に理解しましたのでMRI検査を受けることに同意します。
- ☐ (造影剤使用の場合)造影剤の必要性とその副作用、副作用が生じた場合の対応および処置の内容に関して担当医より詳細な説明を受け、その内容を十分に理解しましたので造影検査を受けることに同意します。

同意日(西暦) 年 月 日

患者様署名 代理人署名 続柄

※患者様ご本人によるご記入が困難な場合はご家族もしくは代理の方のご署名をお願いいたします。

上記患者様に対して私が検査・処置に関する説明を行い、同意されたことを本書面で確認しました。

医師署名 依頼施設名

検査を安全に実施するため、正確にご記入ください。

以下の1～13の項目に一つでも該当される場合は検査を受けることが出来ません。

1) 心臓ペースメーカーおよび遺残リード線、埋め込み型除細動器、埋め込み型心臓モニタが入っている(MRI対応型のものを <u>含む</u>)	あり	なし
2) 神経刺激装置、脊柱管リード、脊髄刺激装置、骨成長刺激装置が入っている(MRI対応型のものを <u>含む</u>)	あり	なし
3) 人工内耳(MRI対応型のものを <u>含む</u>)	あり	なし
4) 圧可変式バルブシャントが入っている(水頭症手術)	あり	なし
5) <u>可動式</u> の義眼が入っている	あり	なし
6) 眼瞼スプリング・ワイヤー、美容整形手術による金糸が入っている	あり	なし
7) 埋め込み型薬剤注入ポンプ、インスリンポンプが入っている(CVポートは含まれません)	あり	なし
8) <u>未排出</u> のカプセル内視鏡がある	あり	なし
9) 事故や手術(履歴を確認できないもの)などによる <u>材質不明の金属</u> が入っている	あり	なし
10) 閉所恐怖症がある	あり	なし
11) 刺青、タトゥー、アートメイクがある	あり	なし
12) 妊娠または妊娠の可能性がある(女性のみ)	あり	なし
13) 乳房エキスパンダーが入っている(女性のみ)	あり	なし

1～13の項目がすべて“なし”の場合は次頁のご記入をお願いいたします。

()内にいつ頃、どちらの施設でどの部位を治療されたかご記入をお願いいたします。

A～Hに該当される方は『3テスラMRI装置での検査が可能か』を必ず治療された施設へご確認下さい。

3テスラMRI装置での安全性が確認されていないものが留置されている場合は検査が受けられません。

A) 脳神経外科などで脳動脈クリップやコイルを留置した、 または頭蓋骨固定手術を受けたことがある (いつ頃 病院名 どの部位に何が)	あり 不可	3T可 不可	なし
B) 心臓、血管内にステント、コイル、心臓人工弁、人工血管、 下大静脈フィルタなどの人工物が入っている (いつ頃 病院名 どの部位に何が)	あり 不可	3T可 不可	なし
C) 整形外科手術で人工骨頭、人工関節、ボルト、プレート等が入っている (いつ頃 病院名 どの部位に何が)	あり 不可	3T可 不可	なし
D) 食道、胃、十二指腸、小腸、大腸、胆道、気管にステントが入っている (いつ頃 病院名 どの部位に何が)	あり 不可	3T可 不可	なし
E) 避妊リングがある(女性のみ) (いつ頃 病院名)	あり 不可	3T可 不可	なし
F) 上記A～E以外に手術等で体内に金属、人工物を埋め込んだことがある (いつ頃 病院名 どの部位に何が)	あり 不可	3T可 不可	なし
G) 止血目的の内視鏡クリップがある (いつ頃 病院名)	あり 不可	3T可 不可	なし
H) 磁石式の歯科用インプラントが入っている (いつ頃 病院名 部位)	あり 不可	3T可 不可	なし

湿布、エレキバン、カイロ、ニトロダムTTS、ニコチネルTTS、ニュープロパッチ、 ノルスバンテープ、治療針、ゲーベンクリーム等の金属含有の塗薬を使用している	あり	なし
---	----	----

検査当日は上記医薬品のご使用はお控え下さい。

備考

※この用紙は貴院にて控えとして保管をお願いいたします。

また、必ず申込用紙と一緒にFAXをして下さいます様、宜しくお願いいたします。