MRI検査　問診票・同意書

1	ペースメーカー・体内自動除細動器・人工内耳・神経刺激装置を装着していますか？ □ はい　　□ いいえ □ MRI非対応・不明 → 検査中止 □ 条件付MRI対応カード所持 → 循環器内科受診をしていただき、検査可能の可否判断させていただきます 以下の質問にお答えください。
2	体内に上記以外の金属は埋め込まれていますか？　□ はい　□ いいえ □ クリップ　□ コイル　□ ステント　□ 人工弁　□ 静脈フィルター □ シャント　□ 人工関節　□ 刺青　□ 義眼　□ インプラント □ アートメイク　□ その他　【　　】 材質：□ MRI対応　□ MRI非対応　□ 不明 製造元：【　　】 部位：【　　】　時期：【　　】
3	植込み型心電図モニター(ICM)を植え込んでいますか？　□ はい　□ いいえ ※「はい」の場合は、MRI撮影前にICMのデータのバックアップをすることが撮影条件となります。
4	閉所恐怖症はありますか？　□ はい　□ いいえ
5	入れ歯・補聴器・持続血糖測定器(リブレ等)はありますか？　□ はい　□ いいえ
6	妊娠中またはその可能性はありますか？　□ はい　□ いいえ ※妊娠中の場合は、(造影希望の場合はそちらも含め)当院放射線診断科医師との検討をお願いします。

以下は造影検査依頼の場合のみ、紹介元医療機関が、お答えください。

7	造影剤検査での副作用歴はありますか？　□ 不明　□ はい　□ いいえ 造影剤副作用の時の症状と対応　【　　】
8	気管支喘息はありますか？　□ 以前あった　□ はい　□ いいえ ※現在治療中の場合は、当院放射線診断科医師との検討をお願いします。
9	e-GFR値：　mL/min/1.73㎡　採血日　年　月　日 ※出来るだけ検査日に近い日付(最低でも3ヶ月以内)の採血データでお願いします。 ※e-GFR値が15未満の場合、禁忌
10	□ e-GFR検査　未実施　公立藤岡総合病院で腎機能検査を希望する。

上記各項目に対するリスク及び別紙【MRI検査をお受けになる方へ】について説明を受け、検査を受けることに同意します。

年　　月　　日

患者氏名 _____

親族または代理人署名 _____　続柄 _____

※患者本人の署名がある場合は、親族または代理人の署名は不要です。

担当看護師 _____

診療放射線技師 _____

上記各項目に対するリスクを検討した上で、今回の MRI 検査 を行うと判断しました。

紹介元医療機関
担当医師 _____

送信先：公立藤岡総合病院　患者支援センター
電話番号：0274－22－6039（直通）　　**FAX番号：0274-24－7002（直通）**