

MRI(磁気共鳴断層撮影)検査に関する同意書

能美市立病院

患者ID:

氏名:

様

発行日:

検査日:

年

月

日

時

分

MRI検査にあたり、体内に精密電子機器類や金属が存在すると、画質の低下を招くだけでなく不慮の事故を起こす危険性があります。検査を安全に行うために、下記の質問にお答えください。

該当する部分を○で囲んで下さい

1. 現在の身長と体重を記載してください。	身長()	cm)	体重()	kg)
2. 今までにMRI検査を受けたことがありますか?			はい	いいえ
3. 手術や外傷、治療などで、身体の中に下記のような金属が入っていますか? (該当する部分を○で囲んでください)			はい	いいえ
心臓ペースメーカー 除細動器 人工心臓弁 脳動脈瘤クリップ				(いつ頃) 年 月
冠動脈ステント 人工骨頭 人工関節・プレート ボルト・スクリュー				(どの施設で)
人工内耳 義眼 義手 義足 人工肛門(磁石式) 導尿管(磁石式)				(施設名:)
口腔内異物(歯列矯正用ワイヤなど) 圧可変式体内シャントチューブ				
※上記に該当するものがありましたら、治療された医療機関へお問い合わせ下さい				
4. 下記のを身につけていますか?(事前に取り除いていただきます)				
補聴器 入れ歯(義歯、磁性アタッチメントを含む) つまみつけ・ネイル リブレなど			はい	いいえ
カラーコンタクトレンズ 増毛用ヘアパウダー かつら・ヘアウィッグ その他()				
5. 入れ墨・タトゥー・アートメイクがありますか?			はい	いいえ
『はい』の方、火傷や変色の可能性がありますが、検査に同意されますか?			はい	いいえ
6. 狭いところが苦手と感じたことはありますか?			はい	いいえ
7. 現在妊娠中、又は妊娠の可能性はありますか?			はい	いいえ
※ 造影剤を使用する方のみ、以下の質問にお答えください				
8. 気管支喘息、アレルギー、てんかんの病気がありますか?			はい	いいえ
9. 造影剤を使用して気分が悪くなったことはありますか?			はい	いいえ
10. 肝機能・腎機能が悪いと言われたことはありますか?			はい	いいえ

この度、私がMRI検査を受けるにあたり、説明を受け、危険性等の内容に関して十分に理解し納得したので同意いたします。

署名年月日 年 月 日

患者様署名

又は 代理人署名

続柄()

(患者様署名がある場合、代理人様の署名は不要です)

※造影剤使用の場合

腎機能を把握するため、原則3か月以内のeGFR値を記載して下さい。 eGFR値()ml/min/1.73m

(又は血清クレアチニン値(SCr) mg/dL)

医師サイン

同席者サイン

技師サイン

MRI(磁気共鳴断層撮影)検査の説明書

能美市立病院

患者ID： _____ 氏名： _____ 様
発行日： _____

《MRI検査とは》 大きな磁石のトンネルに横たわり、電磁波を身体に当てて、体内を画像化する検査です。
という音を出しながら検査をします。検査中は、できるだけ身体を動かさないようにお願いします。

※下記に該当するものが挿入されている方は、 <u>当院では検査ができません</u> ・心臓ペースメーカー(MRI対応を含む) ・除細動器 ・人工内耳 ・圧可変式シャントチューブ	※下記に該当するものが挿入されている方は、 <u>検査が出来ない場合があります</u> (※不明な場合は、治療された医療機関へお問い合わせ下) ・脳動脈クリップ ・歯列矯正用ワイヤ ・その他の治療用金属 ・入れ墨のある方
---	--

●MRI検査を行った場合のリスク(危険性)について

- ・入れ墨やアートメイクの色素に、「鉄」などの磁性体が含まれていた場合、MRI検査
 ・皮膚にやけどがおこる可能性
 ・顔柄の色や形が変わったり、メイク部分の変色等が起こる可能性
 ・検査中あるいは検査後のチリチリした痛みや違和感が起こる可能性
 ・色素周囲で検査の画像が欠損する可能性
 などのリスクが考えられます。
- ・ループを作る体位(腕を組むなど)で誘導電流が発生すると、局所的な発熱が起こる危険性があります

●検査当日は、お化粧を落とし、装飾品なども着用しないようにお願いします。

- 下記のものを身に付けていましたら、検査前に外してください。火傷や機械の故障、画像への影響を考慮
検査ができない場合があります。

<input type="checkbox"/> めがね	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 時計	<input type="checkbox"/> 義歯
<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> ネイル	<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> つけまつげ
<input type="checkbox"/> プレスレット	<input type="checkbox"/> ネックレス	<input type="checkbox"/> 指輪	<input type="checkbox"/> ピアス
<input type="checkbox"/> 貼り薬	<input type="checkbox"/> シップ	<input type="checkbox"/> ファスナーのついた洋服	<input type="checkbox"/> 金属製ホック(下着も含む)
<input type="checkbox"/> エレキバン	<input type="checkbox"/> カイロ	<input type="checkbox"/> かつら・ヘアウィッグ・ヘアパウダー	<input type="checkbox"/> リブレ等(血糖値測定用センサー)
<input type="checkbox"/> 磁気カード(クレジットカード・キャッシュカード・診察券など)	<input type="checkbox"/> その他()		

よくわからない方や不安な方は、職員におたずねください。

能美市立病院 放射線科