単純MRI同意書

検査部位										
	□	頭部	□	副鼻腔	□	聴器	□	頸椎	□	胸椎
	□	腰椎	□	肩関節	□	手関節	□	股関節	□	膝関節
	□	骨盤	□	前立腺	□	その他（　　）				

患者氏名	予約日時	月　日　時　分

生年月日　　年　月　日　　年齢　　歳　性別

【検査当日】

正面玄関の受付を済ませ、**予約時間の15分前**までに、放射線科窓口にお越し下さい。

※ 食事制限はありません。

※ 当日は出来るだけ貴金属を身に付けずにご来院ください。

※※※次の項目に該当する方はMRI検査を行えません ※※※

□　該当する項目なし

□ 心臓ペースメーカー　□ 体内自動除細動器　□ 脳動脈クリップ（1978年以前）
□ 心臓人工弁（1970年以前）　□ 人工内耳　□ 冠動脈ステント（3ヵ月以内）
□ 体内神経刺激装置　□ 骨成長刺激装置　□ 大動脈フィルタ（1ヵ月以内）

<<安全に検査を受けて頂くため、該当する□にチェックを記入し、その他は記入して下さい。>>

□　該当する項目なし

□ 入れ歯　□ 補聴器　□ 骨固定金属
□ 刺青　□ カラーコンタクト　□ ｼﾞｪﾙﾈｲﾙ・ﾏｸﾞﾈｯﾄﾈｲﾙ
□ ボディーピアス　□ 義眼・義手・義足　□ 避妊リング
□ ヒートテック　□ 金属を含むマスカラ　□ 金属を含む制汗剤・UVケア
□ 持続血糖測定器　□ その他　（　　）

・今までにMRＩ検査を受けたことがありますか？　（ わからない ・ はい ・ いいえ ）
・閉所恐怖症がありますか？　（ わからない ・ はい ・ いいえ ）
・妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？　（ わからない ・ はい ・ いいえ ）
・体重はどの位ですか？ **（※必ず記入して下さい）**

体重　　kg

記入日　　年　月　日

検査依頼(説明)医師署名

この用紙を熟読し、理解した上で、ＭＲＩ検査を受ける事に同意します。

記入日　　年　月　日

本人署名(自署)

患者さん本人が18歳未満の場合や意識障害、病状等により同意・署名出来ない場合は代諾者署名をお願いします

代諾者署名(自署)　　(続柄　　)

【ＭＲＩの注意事項】

ＭＲＩは強力な磁石と電波を利用した画像診断装置で、放射線は使用しません。

検査時間は検査内容により異なりますが、通常15分～30分程度です。検査中は「ガンガン」「トントン」といった大きな音がしますが、撮影に伴う音ですので心配ありません。

検査中はベッドに横になっていただくだけで、基本的に痛みはありません。ただし、人によっては体が温かく感じたり、汗をかいたりすることがあります。

検査中、人によって温かく感じたり発汗したりする事があります。

ＭＲＩ検査は安全性の高い検査ですが、ＭＲＩ装置には強力な磁石が使用されているため、金属類を持ち込むことはできません。

金属類は磁力によって引き寄せられ、思わぬ事故につながる危険があります。また、電子機器や磁気カード類は故障したり、使用できなくなったりする可能性があります。当院では責任を負いかねますのでご了承ください。

検査前に担当技師がご案内いたします。下記の物は更衣室で外していただき、検査室内へ持ち込まないようお願いいたします。

なお、検査部位によっては検査着へ着替えていただく場合があります。

◆ＭＲＩ室へ持ち込みできないもの

●危険物

刃物 / はさみ / 安全ピン / 義眼 / 義手 / 義足

●故障・破損の可能性があるもの

腕時計 / 補聴器 / 携帯電話・スマートフォン / 電子機器類（パソコン・電子辞書など）
万歩計 / クレジットカード・キャッシュカード / 診察券 / 定期券 / 駐車券 / 通帳

●火傷の可能性がある物

温冷湿布 / ニコチンパッチ / 貼付薬全般（ニトロ製剤など） / 使い捨てカイロ
ヒートテック等の保温性下着

●画像に影響のある物

眼鏡 / ベルト / 財布 / 硬貨 / ライター / 鍵 / ネックレス / 指輪 / ブレスレット
ピアス / イヤリング / ヘアピン / かつら / 入れ歯 / コルセット など

◆ 以下のものは検査時に火傷の原因となる可能性があります。
当日は使用せずにご来院ください。

金属成分を含むマスカラ / 金属成分を含む制汗剤 / 金属成分を含むUVケア用品
金属成分を含むカラーコンタクトレンズ / ジェルネイル / マグネットネイル

◆お願い

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器（ICD）、人工内耳、脳動脈クリップなどの体内金属がある方は、必ず事前にお申し出ください。

※ご不明な点がございましたら下記までご連絡下さい。

キッコーマン総合病院
電話番号　04-7123-5911