患者様記載

ＭＲＩ検査を受ける患者様へ（同意書）

②

＜MRI 検査について＞
この検査は、強い磁気と電波を利用して体の中を画像としてみるものです。
体の中に金属（ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ等）がある方は、検査を受けることはできません。

1.MRI 検査を受けたことがありますか。　□はい　□いいえ

2.手術を受けたことはありますか。　□はい　□いいえ　どこの手術でしたか。（部位　　）

3.体内（からだ）に金属類はありますか。　□はい　□いいえ
あてはまるものすべてに印をつけてください。
□義眼・義足・義手　□心臓ペースメーカー　□刺青　□脳動脈クリップ
□ピアス　□人工関節・プレート　□人工心臓弁　□人工内耳
□被弾等　□歯科用インプラント（磁石式）　□その他（　　）

4.閉所恐怖症ですか。（狭いところが苦手ですか）　□はい　□いいえ

5.妊娠していますか。　□はい　□いいえ　□わからない

＊＊

造影検査をされる場合、記入してください。

6.造影剤で具合が悪くなった事はありますか。　□はい　□いいえ　□使ったことがない

7.どのような副作用でしたか
□吐き気　□嘔吐　□動悸　□発疹　□くしゃみ　□かゆみ　□呼吸困難　□じんましん
□あくび　□頭痛　□倦怠感　□下痢　□けいれん　□発熱　□冷や汗　□顔面蒼白
□その他（　　）

8.下記の項目にあてはまるものすべてに印をつけてくだい。
□気管支喘息　□腎臓機能低下　□肝臓機能低下
□アレルギー体質（花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎など）
□両親、兄弟に気管支喘息、アレルギー性鼻炎、発疹、蕁麻疹を起こしやすい
アレルギー体質の者がいる
□痙攣・てんかんの既往歴　□薬物過敏症の既往歴
□貧血治療の鉄剤投与中　□出血傾向　□発作性夜間血色素尿症

9.授乳中ですか。　□はい　□いいえ

＊＊

同　意　書

塩釜市立病院長　殿

私はＭＲＩ（造影剤）検査について説明を受け納得しましたので、検査を受けることに同意します。
（同意した場合でもいつでも撤回できます。）

令和　　年　　月　　日　患者様または代理人（続柄　　）　（ご署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

→必須。患者様の署名をお願い致します。