

MRI検査問診票

MRI検査依頼票と併せてFAXして頂きますようお願いいたします。

MRIを安全に実施するために次の質問にお答え下さい。患者様の安全確保のため、この問診票が未提出や記入漏れがある場合は検査ができません。またお答えによっては検査ができない場合がございます。あらかじめご了承ください。

患者氏名 _____ 男・女 _____
生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 _____
携帯電話 _____ (患者様に連絡が取れる番号をお書き下さい)

① 体内に以下の医療機器の埋め込みをされていますか？ 「はい」の方は検査を受けることができません。 ペースメーカー・神経刺激装置・人工内耳・義眼（磁石着脱式）・脳動脈瘤クリップ	はい いいえ
② 体内に消化管ステントが入っていますか？ 「はい」の方はお答えください。ステントを挿入して12週以上経過していますか？ 「いいえ」の方は検査を受けることができません。	はい いいえ はい いいえ
③ その他、体内に金属が埋め込まれていますか（人工関節、義歯、その他）？ 「はい」の方はご回答下さい。それはMRIの検査を安全に行えるインプラントですか？ 「いいえ」の方は検査を受けることができません。	はい いいえ はい いいえ
④ 入れ墨、タトゥーはありますか？これらがあると火傷、変色の可能性があります。 「はい」の場合、上記リスクがありますが検査を受けることに同意されますか？ 「いいえ」の方は検査を受けることができません。	はい いいえ はい いいえ
⑤ 狭いところは苦手ですか？「はい」の方は検査ができない場合があります。 あらかじめご了承ください。	はい いいえ
⑥ 女性の患者様のみご回答下さい。現在、妊娠中またはその可能性がありますか？ 「はい」の方はご回答下さい。現在、胎児に対する安全性は確立されていませんが、 検査を受けることに同意をいただけますか？	はい いいえ はい いいえ

当院のMRI検査は、検査の安全確認・禁忌事項を依頼医の責任において確認していただき、安全性が確認された患者様のみ検査をさせていただくことを前提としています。上記問診票に誤りがあり、それが原因で患者様の身体に障害が発生した場合、当院では責任を負うことができません。また検査時に貼付剤などがありましたら剥がして検査をさせていただくこともあります。あらかじめご了承ください。検査前の十分なお確認をお願いいたします。

安全確認にご不明な点がございましたら三国病院診療技術部放射線科までお問い合わせ下さい。

以上の項目について確認いたしました。

確認日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査依頼施設名： _____

確認医師署名： _____ 印

患者署名： _____ 印

坂井市立三国病院 診療技術部放射線科

TEL 0776-82-0480

内線 177