

氏名 スタッフが記入します 様 **MRI 検査問診票**

予約時刻に遅れる場合は 03 (5483) 7070 にご連絡ください。

\*ご記入の上、検査当日にお持ちください。\*

MRI 検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

- (1) 心臓植え込み型デバイス・人工内耳 など医療機器を使用していますか？ (はい・いいえ)
- (2) 手術・針治療、お怪我などで身体の中に金属が入っていますか？ (はい・いいえ)  
※脳動脈クリップ・人工関節・プレート・人工心臓弁・ステント・避妊用リング など
- (a) “はい”の方…MRIの可否を確認済ですか？ (MRI 対応 / MRI 未対応 / 不明・いいえ)
- (3) 口腔内に金属（インプラント・歯列矯正 等）はございますか？（虫歯治療の詰め物は除く）  
※ゆるみ・変形・やけどの可能性あります。 (外せる・外せない)
- (a) “外せない”の方…MRIの可否を確認済ですか？ (MRI 対応 / MRI 未対応 / 不明・いいえ)
- (4) 刺青、アートメイク、カラーコンタクト(ディファイン)をしていますか？  
※変色・やけどの可能性あります。カラコンは必ず外していただきます。 (はい・いいえ)
- (5) マニキュア・ジェルネイル 等をつけていますか？ (はい・いいえ)  
※素材により、やけど・変色等の可能性があります。(不安な場合は検査までにお外してください。)
- (6) ウィッグ・増毛パウダー・ヘアカースプレー等を使用していますか？ (はい・いいえ)
- (7) 機能性衣服・靴下、支持器具の付いたモノを着用していますか？ (はい・いいえ)  
※保温・血流改善・回復 等 なにかしらの機能・効能をうたった製品
- (8) 現在、妊娠中ですか？ (はい・いいえ)
- (9) 狭いところに入って、気分が悪くなったことはありますか？ (はい・いいえ)

.....

(2)・(3) で”はい” 該当し医療機関への問い合わせができない方・しない方  
 (2)・(3) で”はい” 該当し医療機関への問い合わせの結果、未対応・不明だった方  
 懸念事項に抵触する可能性がある方 ( ネイル・アートメイク・タトゥー・指輪・ )  
 検査・リスクの説明を受け、ご理解・ご了承いただけますか。 ( はい )

### MRI 検査同意書

私は MRI 検査について説明を受け、必要性を理解し検査を受けることに同意いたします。  
検査を受ける方が未成年、お付き添いが必要な場合は、ご家族や代理人の署名で構いません。

年 月 日 御署名

ご家族・代理の方の御署名 (続柄： )

18 歳未満の方が検査を受ける場合は保護者の御署名が必要です。  
田園調布長田整形外科