



ID:

様

予約日時

/

:

MR検査に関する問診票

当てはまる方にレ印を入れてください。
“はい”を選ばれた方は、○で囲むか()に記入してください。

- ◆ ペースメーカーなど金属を体内に埋め込んでいますか？
□いいえ □はい → ペースメーカー・その他()
- ◆ 入れ歯・補聴器など取り外しのできる医療器具はありますか？
□いいえ □はい → 入れ歯・インプラント・補聴器・コンタクトレンズ・その他()
- ◆ その他金属類はありますか？
□いいえ □はい → (具体的にご記入ください:)
- ◆ 閉所恐怖症はありますか？
□いいえ □はい
- ◆ 入れ墨(アートメイクも含む)はありますか？
□いいえ □はい
- ◆ 現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？
□いいえ □はい □わからない
- ◆ 他院で過去6ヶ月以内に内視鏡でポリープ切除又は止血処置をしたことがありますか？

※当院でのクリップはMRI可能

□いいえ □はい □わからない
はい、またはわからない場合は他院に確認をするため放射線科に連絡する (内線2223)
MRI禁止のクリップや分からない場合は、腹部X線写真で確認する

MR検査同意書

私は、MR検査について「MR検査を受けられる方へ」を読み、納得しましたので、MR検査を受けることに同意します。(同意された場合でもいつでも撤回できます)

年 月 日

説明医師署名 _____

年 月 日

患者又は代理人(続柄:)署名 _____

<医師記入欄>

MR検査

可能

不可