

MRI問診票

検査場所 松岡整形外科・内科リハビリテーション（放射線室）

MRIを安全に受けていただくために、以下の質問事項にお答えください。

はい、いいえのどちらかに○を付けてください。

質問事項		回答欄		『はい』と答えられた方へ
1	今までにMRI検査を受けたことがありますか。	いいえ	はい	当院 ・ 他院 平成・令和 年 月頃
2	検査中（約30～60分）安静が保てますか。	はい	いいえ	検査できない場合があります。
3	心臓ペースメーカーを使用していますか。	いいえ	はい	当院では検査ができません。
4	脳動脈瘤・内視鏡検査などの金属クリップによる治療をしていますか。	いいえ	はい	検査できない場合があります。
5	今までに手術を受けて体内に金属が入っていますか。 （心臓人工弁・人工骨頭・人工関節、ステントなど）	いいえ	はい	検査できない場合があります。
6	戦争や事故で体内に金属が埋まっていますか。	いいえ	はい	検査できない場合があります。 稀に金属が動く場合があります。
7	針や避妊リングが埋まっていますか。	いいえ	はい	稀に金属が動く場合があります。
8	刺青・アートメイクをしていますか。 （アイシャドー・カラーコンタクト等も含む）	いいえ	はい	稀に熱を帯びたり滲んだりすることがあります。
9	（女性の方に） 現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか。	いいえ	はい	当院では検査が出来ません。
10	取り外し可能な義歯やピアスを付けていますか。	いいえ	はい	検査時にははずして頂きます。
11	磁気を利用したインプラント（義歯）を付けていますか。	いいえ	はい	磁気が弱くなる場合があります。
12	義眼を入れていますか。	いいえ	はい	稀に金属が動く場合があります。
13	不整脈やてんかんと言われたことがありますか。	いいえ	はい	造影剤を使う場合は主治医とご相談ください。
14	補聴器を使用していますか。	いいえ	はい	検査時にははずして頂きます。
15	狭い空間が苦手（閉所恐怖症）ですか。	いいえ	はい	検査できない場合があります。

MRI検査同意書

医師の診察・説明を受け、概要と禁止事項の理解をしたうえで、MRI検査を受けることに

同意します ・ 同意しません （いずれかに○を付けてください。）

同意年月日 令和 年 月 日

検査を受ける方の氏名

本人の署名（もしくは代理人）

※署名された方と同人の場合は省略可

氏名

氏名

検査の可否

可

否

医師署名

様

CT・MRI 検査予約時間は _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分です

※骨密度検査の方は予約なしでご来院ください。

検査時間の 15 分前までに、松岡整形外科・内科 リハビリテーション 1 階の検査エリアへお越しください。

ご本人様確認のため健康保険証をご持参ください。また、当院の診察券をお持ちの方は一緒にご提出ください。

検査当日、体調や都合が悪くなったなど、予約時間に来院できない事情が発生した場合には、放射線室まで(直通 080-9151-5344)ご連絡ください。

検査エリアへ入室の際は、ドア前にある下足箱のスリッパに靴を履き替えてください。入室後、放射線室のスタッフが検査のご案内をいたします。

※MRI 室は、砂などの微粒子が装置に悪影響を及ぼしますので、ご協力をお願いいたします。

