

HITO病院 MRI問診票・同意書(検査機器の共同利用)

| | | | | |
|------|------------------|----|----|------|
| ID | 当院のIDが分かれば記入ください | 氏名 | 身長 | cm |
| | | | 体重 | kg |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 指示医師 |

| 問診項目 | 禁忌 | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ペースメーカーを埋め込んでいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 埋込型心電記録装置を埋め込んでいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 人工内耳・人工中耳を埋め込んでいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 脳深部刺激装置・脊髄刺激装置を埋め込んでいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 体内埋込式インスリンポンプを埋め込んでいる | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 目・心臓付近に強磁性体金属片(弾丸、鉄粉)がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 磁力で脱着する義眼を付けている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

| 問診項目 | 要注意 | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 手術を受けて体内に埋め込み物がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 『はい』と答えた方は埋め込み物の内容を記載して下さい | | |
| 部位() 内容() | | |
| カテーテル(血管造影検査を受けたことがある) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 血管内治療でコイルやステント・フィルターなどの埋め込み物がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 『はい』と答えた方は埋め込み物の内容を記載して下さい | | |
| 部位() 内容() | | |
| 埋込みを行って3ヶ月以上経過している | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 妊娠中または妊娠の可能性がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 刺青(タトゥー/アートメイク含む)がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 化粧やマニキュアをしている(検査前に落として頂きます) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ジェルネイルをしている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

| 問診項目 | 要注意 | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 閉所恐怖症がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 義眼・義手・義足を装着している | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 磁力で着脱する装着物がある(DIBキャップ[バルーン]や歯科インプラントなど) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 部位() *磁石部分が着脱出来ない場合は撮影中止となる場合があります | | |
| 上記に対する <input type="checkbox"/> 撮影許可 | 指示医師(署名) | |

同意日: 年 月 日 患者様または代理人(署名)

** 以下は来院後に当院で確認、記入します。 **

| 身に着けている物 | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ヘアピン/ピアス | <input type="checkbox"/> ネックレス | <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> 入れ歯 |
| <input type="checkbox"/> 腕時計/指輪 | <input type="checkbox"/> ヒートテック | <input type="checkbox"/> 下着の金属 | <input type="checkbox"/> コルセット |
| <input type="checkbox"/> 湿布などの添付薬* | <input type="checkbox"/> かつら | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ | |
| *麻薬を含む添付薬の場合は医療廃棄となります | | | |
| その他特記事項 () | | | |

検査日: 年 月 日 放射線技師サイン