

# 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