

MRI検査の問診・同意書 (患者様用)

お問い合わせ

第一なるみ病院

住所：〒458-0006

愛知県名古屋市緑区細口一丁目210

電話：052-876-8361

URL：<https://www.narumikai.or.jp/>



スマートフォン
からはコチラ

MRI検査 とは

- 磁気と電波を使って体内の輪切り画像を撮影します。
X線や放射線は使いませんので、被ばくのない安全な検査です。
- MRI検査は概ね20分ほどかかります。
狭いところが苦手な方はスタッフまでご相談ください。
- MRI検査中に装置からガンガンと大きな音がします。
大きな音が怖い方はスタッフまでご相談ください。
- MRI検査が得意な部位
四肢整形、脊椎、頭、腹部、心臓など

※ MRI検査に不安がある方、ご質問のある方は
上記連絡先までお気軽にご相談ください。



アクセス

【バス】市バス「平手」バス停より徒歩10分です。

市バス「鍋山」バス停の目の前です。

【お車】駐車場120台完備。名二環 鳴海I.C.から5分。



Google map
はコチラ



第一なるみ病院

MRI検査の問診・同意書

MRI検査予約日 年 月 日 時 分
(検査時間の30分前までにお越しください)

患者氏名 様 依頼元医療機関名
生年月日 年 月 日 性別 男 ・ 女

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問に☑でお答えください。
また、**検査当日は本紙を忘れずにご持参ください。**

| ◎ 正確に検査を行うため、現在の体重をご記入ください。 | 【 】 kg | 院内確認 |
|---|--|------|
| 1. MRIの検査を受けるのは初めてですか。 始めて <input type="checkbox"/> 検査経験あり <input type="checkbox"/> (時期) | | |
| 2. 心臓ペースメーカーやICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 3. 人工内耳を使用していますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 4. 脳動脈クリップやコイルやステントを使用していますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 5. 体内に金属・人工物・人工関節はありますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 6. 磁石を使った入れ歯(インプラント)・義眼をしていますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 7. 入れ墨(タトゥ含む)やアートメイクなどがありますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 8. 狭いところを苦手と感じたことはありますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 9. 食物アレルギーや造影検査で副作用を起こしたことはありますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |
| 10. 女性の方へ、現在妊娠をしている可能性はありますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | |

体内に金属製のインプラント等のある方へ

・品名や型式を分かる範囲でご記入ください

・インプラントを処置した時期をご記入ください

MRI室へは以下のものは持ち込めません。

患者様ご自身の火傷の恐れや、電子機器類の故障、MRI装置の故障の危険性があります。検査前に外していただけますようご協力をお願いいたします。

- ・入れ歯 ・補聴器 ・湿布類 ・エレキバン ・ホッカイロ ・かつら
- ・腕時計 ・ネックレス ・ヘアピン ・指輪 ・ピアス ・その他貴金属類
- ・財布 ・磁気カード類 ・携帯電話やスマートフォン ・その他電子機器類
- ・カラーコンタクト ・マスカラやアイシャドウなどラメ入りの化粧、ネイル
- ・金属の付いている下着 ・ヒートテックなどの機能性下着 ・コルセット ・増毛パウダー

ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ねください。

MRI検査の同意書

MRI検査の目的・必要性・副作用について、担当医師より十分な説明を受け、
診療上必要であることが理解できましたので、今回の検査の実施に同意致します。

年 月 日 氏名

保護者(もしくは代理人)

※本人が署名できない場合や未成年者は代理人もしくは親権者が署名してください。

当院では医療の質の向上に貢献するため、検査画像データを個人情報を取り除いた上で、研究会・学会等で使用したいと考えております。ご同意いただけますようお願い申し上げます。

提供に同意いただけない場合は、下記に☑をお願いします。

画像データの学会等での使用に同意しない ☐

特定医療法人なるみ会 第一なるみ病院