

MRI	依頼箋	検査部位 <u> </u> 単純・造影 追加撮影:MRA(有・無) DWI(有・無) その他(T1・T2・T2*) (SAG・COR・TRS) FSAT (有・無) (SAG・COR・TRS)
患者氏名: 生年月日:T・S・H・R 年 月 日 才 検査日: 年 月 日 依頼院所: 読影(要・不要)		体内金属チェック 心臓ペースメーカー(有・無) 脳動脈瘤クリップ (有・無) 冠動脈ステント (有・無)
検査目的: <div style="text-align: right;">指示医師名:</div>		

岐阜勤労者医療協会 みどり病院

問診票及び同意書

安全に検査を受けて頂くために下記の質問にお答えください。

(はい・いいえ・わからない)のうち1つだけ○で囲んでください。

また、質問の分からない方は、職員までおたずねください。

- | | |
|--|----------------|
| 1. 心臓ペースメーカーを使用していますか | (はい・いいえ・わからない) |
| 2. 人工内耳又は可動式義眼などの精密機器を体内に埋め込んでいますか? | (はい・いいえ・わからない) |
| 3. 体の中に金属(人工骨頭・人工関節・ボルトなど)が入っていますか? | (はい・いいえ・わからない) |
| 4. 脳動脈瘤の手術をしたことがありますか? | (はい・いいえ・わからない) |
| 5. 体の中に脳動脈瘤クリップ以外の手術クリップやステントがありますか? | (はい・いいえ・わからない) |
| 6. 体の中に(薬物注入用)装置、体内留置のチューブが入っていますか? | (はい・いいえ・わからない) |
| 7. 義肢や義足を使用していますか? | (はい・いいえ・わからない) |
| 8. 体や頭、腕に入れ墨(タトゥー)をしていますか? | (はい・いいえ・わからない) |
| 9. かつらや義歯(取り外せる入れ歯)や磁石によって取り外せる入れ歯を使っていますか?(歯の治療などで取り外せない金属の場合は“いいえ”に○をしてください) | (はい・いいえ・わからない) |
| 10. 現在、妊娠していますか? | (はい・いいえ・わからない) |
| 11. 閉所恐怖症(狭いところで長時間じっとしていられない)ですか? | (はい・いいえ・わからない) |

ご協力ありがとうございました。記入に間違いがなければ、署名して職員にお渡しください

署名日 年 月 日 氏名: