

「単純MRI 検査依頼書」

患者 ID			依頼医師名
氏名	様	性別	年齢
		生年月日	
検査予定日		検査名	単純

【確認事項】(必須)

- 心臓ペースメーカーや、その他の装置を入れていますか？
..... いいえ ・ はい (絶対禁忌)

* ただし、MRI 対応ペースメーカーは、「MRI 対応ペースメーカー患者の検査運用」に従い、手帳・カードの確認、臨床工学技士への連絡を行って下さい。

- 女性の方で妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？... いいえ ・ はい (原則禁忌)
- 脳動脈瘤のクリップや手術で体内に金属が入っていますか？
..... いいえ ・ はい (慎重検査)

(はい) の場合

脳動脈瘤クリップ・脳室シャント・金属ステント・脊椎金具・腹膜透析チューブ
人工関節・その他：()

- 入れ墨 (タトゥ)、アイライン、マスカラをしていますか？ いいえ ・ はい (慎重検査)
- 閉所恐怖症ですか？ いいえ ・ はい (慎重検査)

【注意】原則禁忌の場合でも検査の必要性を考慮して主治医が必要と判断し、患者さんの同意があれば検査を実施します。

患者さんに単純MRI 検査の必要性を説明し、上記を確認したので、検査を実施して下さい。

依頼医師名

< 検査同意書 >

江南厚生病院 病院長 殿

以上の内容の説明を受け、単純検査の実施に同意します。

令和 年 月 日

患者 氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄 _____)