

# MRI検査同意書

MRIは非常に強い磁石と電波を利用した検査です。手術などで体内に金属があると磁石、電波に反応して不慮の事故が起こる可能性があります。安全に検査を行うため下記の内容を確認させていただきます。

- ・過去にMRI検査を受けたことはありますか？ はい  いいえ
- ・体内金属等の有無 あり  なし
- ・体内金属がある場合は種類や部位を記入してください。

## 検査不可

- ・体内に磁性体の金属、機器、人工物がある場合(一例)
  - 心臓ペースメーカー(MRI対応品含む) ペースメーカーワイヤ
  - 埋込型除細動器(ICD) 脳室シャント スワンガンツカテーテル
  - 心臓人工弁(Star-Edward600番以前) 人工内耳、神経刺激装置など体内電子機器
  - 頸動脈クランプPoppenBlaylock製品 膝関節十字靭帯再建用PerfixInterferenceScrew
  - 磁力を利用した義眼や義歯 消化管止血クリップ
- ・事故やけがなどで体内に金属片の存在する方
- ・妊娠中または妊娠の可能性のある方
- ・閉所恐怖症 不随意運動のある方
- ・美容整形で金糸を挿入した方
- ・撮影範囲に刺青、タトゥー、アートメイク等の色素を皮膚に入れている方

## 確認の上検査可能

- ・材質がMRI対応と確認できた上で医師の判断により検査可能(一例)
  - 脳動脈瘤クリップ 心臓人工弁 頸動脈クランプ 各種ステント GDCコイル
  - 整形外科で使用するプレート、スクリュー、人工関節 皮膚縫合用金属
  - 歯科インプラント 歯列矯正器具 乳房組織拡張器 避妊リング 陰茎インプラント
- ・撮影範囲外に刺青、タトゥー、アートメイク等の色素を皮膚に入れている方で同意が取れた場合

- ・刺青等があり検査をする場合、必要性和リスクの説明をして右にチェックしてください。 説明済
- ・ニトログリセリン真皮浸透絆創膏は検査中はがしていただきます。
- ・腹部検査では鉄剤、アルミニウム製剤は検査前6時間は服用しないようにお願いします。

検査について十分な説明を受け理解した上で検査の実施に同意いたします。

記入日  年  月  日

本人署名

説明医師氏名

代理人署名

(続柄)