

MRI 検査の問診票（患者様にご記入ください）

1.

今まで、MRI 検査を受けたことがありますか？

□いいえ

□はい

2.

はいと答えた方、造影剤を用いた MRI 検査を受けたことがありますか？

□いいえ

□はい

3.

はいと答えた方、その時、副作用はありましたか？

□いいえ

□はい→症状（発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・呼吸困難・その他：）

4.

体内に心臓ペースメーカー、植込み型除細動器はありますか？

□いいえ

□はい

5.

体内に人工内耳、神経刺激装置、脊柱管内リード線はありますか？

□いいえ

□はい

6.

手術や怪我などで体内に金属が入っていますか？（人工関節・脳動脈瘤クリップ・ステントなどを含む）

□いいえ

□はい

素材・部位・時期を具体的に（）

7.

事前に取り外していただくことが可能な金属はありますか？

□いいえ

□はい

入れ歯・カイロ・湿布・マスカラ・ジェルネイル・マグネットネイル・カラーコンタクト
アクセサリ（指輪、ネックレス等）・持続血糖測定器（リブレなど）・その他（）

※取り外しが可能な金属類は検査前にすべて取り外してください。

8.

取り外せないもの、または検査直前に取り外し可能な金属はありますか？

□いいえ

□はい

入れ墨・アートメイク・金糸・インプラント・圧可変式 VP シャント
インスリンポンプ・義眼・補聴器・かつら・眼鏡・その他（）

9.

腎臓の病気・機能不全と言われたことがありますか？

□いいえ

□はい

□透析中

10.

アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？

□いいえ

□はい

具体的に（）

11.

今までに喘息（ぜんそく）を指摘されたり、治療をしたことがありますか？

□いいえ

□はい

□現在治療中

12.

閉所恐怖症はありますか？

□いいえ

□はい

13.

女性の方のみ：妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？

□いいえ

□はい

20

年

月

日

患者さま(代筆者さま)の署名：_____

(続柄：_____)

主治医記入欄

上記 3～13 の問診において「はい」にチェックがある場合、必ず注意事項と検査の必要性を説明した上で、MRI 検査は

□可能

□不可能

 と判断します。

※造影 MRI の場合、当日の状態によっては単純 MRI に変更、もしくは検査不可とさせていただく場合もあります。

20 年 月 日

依頼元医療機関名：_____ 主治医の署名：_____

.....

道後画像クリニック記入欄

20 年 月 日 確認者 _____

(乳腺・子宮 MRI の際のみ記載：最終月経は 月 日、 日周期) →カルテに記載のこと

dogo imaging clinic

2025.11.25

MRI 検査の説明と同意書（よくお読みになり、下の同意書にご記入ください）

1. 検査の必要性について

今回実施する MRI 検査は、強力な磁場と電磁波を使用して、あなたの病気の状態を詳しく調べ、診断、および治療方針を決定するための大切な検査です。CT 検査と異なり放射線被ばくはありません。

2. MRI 装置について

筒状の大きな磁石の中に体を入れた状態で検査を行います。検査中は大きな音がしますが、検査のための音なので心配ありません。検査中は体を動かさないように、安静にしてください。

3. MRI 検査の危険性について

体内および体外の電子機器は MRI 検査によって破損や誤作動を起こすことがあります。

体内に金属がある場合、画像のゆがみにより十分な検査ができないことがあります。

入れ墨やアートメイク、マグネットネイルはやけどや変色の可能性があります。また化粧品の中には金属を含むため、化粧を落としていただくことがあります。特にアイシャドウ・マスカラの使用はお控えください。また一部の増毛スプレーにも酸化鉄を使ったものがありますので検査当日はお控えください。

妊娠初期（14 週未満）の方は胎児の十分な安全が確認されてないため、当院では検査できません。

※金属類、精密機器（携帯電話、腕時計、補聴器等）は MRI 室へは持ち込めません。

持ち込んで故障などが生じた場合の責任は一切負えませんのでご了承ください。

4. 造影 MRI 検査を受けられる方のみ、造影剤の危険性について

重症腎機能障害（透析中も含む）の方には使用できません。

造影剤の使用により副作用が出現することがあります。

（軽度） 吐き気、じんましん、発疹など 500～1000 人に 1 人

（重度） 血圧低下、息苦しさ、意識不明 数万人に 1 人

非常に低い確率で死亡に至った例もあります 数十万人に 1 人

造影剤が血管外に漏れ、注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります。

これらを総合して、今回行う MRI 検査は、あなたの病気診断、および治療方針を決定する上で、危険性を上回る利益があるものと判断します。

この説明に同意いただける場合は、下の同意書に署名をお願いいたします。ただし、同意はいつでも撤回することができます。

同 意 書

私は、MRI 検査の必要性と危険性について十分な説明をうけ理解しましたので、検査を受けることに同意し署名します。

20 年 月 日

患者さまの署名（自署）：_____

代筆者さまの署名（自署）：_____（続柄）_____

※ご本人が署名できない場合は代理者さまが署名してください。

主治医記入欄

私は、当該患者に、今回行う MRI 検査の必要性と危険性について説明を行い、検査を受けることに同意を得ました。

20 年 月 日

依頼元医療機関名：_____ 主治医の署名（自署）：_____

検査予約票

様

下記内容で予約をいたしました。

検査日	予約時間
検査内容	

- 問診と事前準備のため、予約時間の **20 分前** にご来院ください
(9 時・14 時にご予約の方はご予約のお時間ちょうどにご来院ください)
- MRCP 検査の方：
飲食（食べ物・飲み物）はしないでください（検査予約 3 時間前から）
- 骨盤部（子宮、前立腺）検査の方：
排尿（お手洗い）を我慢してください（検査予約 1 時間前から）
- 腹部を含む造影検査の方：
食事はしないでください（検査予約 3 時間前から）
※水分摂取は問題ありません（水、お茶のみ）
- 紹介状、健康保険証（マイナンバーカード）、おくすり手帳 を忘れずにご持参ください
- カラーコンタクトレンズ、マグネットネイル、増毛パウダー、アイシャドウ
マスカラ、持続血糖測定器はあらかじめ取り外してご来院ください。



道後画像クリニック

松山市平和通1丁目5-35

〒790-0807 Tel:089-924-8733