

-----MRI 検査を安全に行うために、下記 1～10 の質問すべてお答えください-----

はい いいえ

1. 心臓の手術を行ったことがありますか？
 ＊はいと答えた方、該当するものに○
 (心臓ペースメーカー、植込み除細動器・人工弁・ステント・その他 _____)
2. 頭の手術を行ったことがありますか？
 ＊はいと答えた方、該当するものに○
 (圧可変式シャントバルブ、チタン製以外の脳動脈瘤クリップ、その他 _____)
3. 目・耳の手術を行ったことがありますか？
 ＊はいと答えた方、該当するものに○
 (金属または磁石の義眼・人工内耳・人工中耳・その他 _____)
4. 1. 2. 3の部位以外で手術等による金属・インプラントや装置は体内にありますか？
 ＊はいと答えた方、ご記入下さい(どの部位に何が _____ いつ頃 _____)
5. 医療行為以外で体内に金属(弾丸、鉄片など)はありますか？
6. 入れ墨がある ※ やけど・変色の恐れがあります
7. 妊娠している、または可能性がある ※ 安全性が確立されていません
8. 閉所恐怖症である
9. 痛み、せき等により仰向けで 20 分程度静止することが難しい

10. 金属・磁気物が持ち込めない為、お荷物等はすべて更衣室ロッカーにあずけていただきますが、特に機械・人体に影響を及ぼしてしまうものを以下にあげています。身に着けているものに○をつけて下さい。

補聴器 入れ歯(磁石で装着する入れ歯・インプラントは必ず申し出ください) カラーコンタクトレンズ
 ヘアピン ピアス、ネックレス等のアクセサリ カツラ・ウィッグ・毛髪パウダー
 ホッカイロ 湿布やエレキバン等の貼り薬 コルセット、サポーター
 ヒートテック等の保温性、遠赤外線、機能性肌着 義足などの装具
 磁気カード(クレジットカード) 携帯電話 時計 鍵

持ち込み壊れた場合、当院では保証しかねます

★ 1～9に「はい」がある方、 10. に該当する○がある方はスタッフに申し出ください。
 検査を受けることができない場合があります。

上記について十分理解した上で、MRI 検査を受けることに同意します。

西暦 年 月 日

署名 _____

ご署名いただいた方は

検査に必要となりますので身長・体重をご記入下さい

身長 _____ cm 体重 _____ kg