



ID _____ 氏名 _____ 様

部位：（左・右） 脳ドック・頭部・頸椎・腰椎・肩・手関節・膝・足関節・（ _____ ）

予約日時： _____ 月 _____ 日（ _____ ） _____ 時 _____ 分

必ず予約時間の15分前までに受付を済ませて下さい

※この検査は、基本的に金属の持ち込みなどが一切できません。不慮の事故をさけ安全に検査を行うため、下記の間診に消えないボールペンで記入してお答えください。

- ① 今までに手術をしたことがありますか？ はい ・ いいえ
 はいの方：それはどのような手術ですか？（ _____ ）
- ② 手術や外傷などにより体内に金属や人工物がありますか？ はい ・ いいえ
 はいの方：心臓ペースメーカー、除細動器、人工内耳、脳動脈クリップ、
 塞栓コイル、人工関節、人工骨頭、心臓弁、ステント、シャントチューブ、
 義眼、避妊用金属リング、人工肛門、置き針、その他（ _____ ）
- ③ 事故、怪我、戦争などで体内に金属や異物が入っていませんか？ はい ・ いいえ
- ④ 金属加工の職歴はありますか？ はい ・ いいえ
 はいの方：目や体内に金属片が入っていますか？ はい ・ いいえ
- ⑤ 補聴器を使用していますか？ はい ・ いいえ
- ⑥ 刺青やアートメイクはありますか？ はい ・ いいえ
 はいの方：やけどや変色の恐れがあります。検査に同意しますか？ → → 同意する ・ しない
- ⑦ カラーコンタクトレンズを装着していますか？ はい ・ いいえ
- ⑧ 妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ
- ⑨ 閉所恐怖症ですか？ はい ・ いいえ
- ⑩ 身長・体重を記入してください（検査に必要です）（身長： _____ cm・体重 _____ kg）

私はMRI検査について説明を受け、必要性、危険性、安全性について理解し、検査を受けることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名

未成年者の場合：保護者または代理人 _____ 氏名