

MRI検査同意書

身長 _____ cm 体重 _____ kg

この検査では強力な磁場の中に入って頂きますので、検査を安全に行うために、下記項目にお答え下さい。

<該当するものを○で囲んで下さい。>

-
- 心臓ペースメーカー
 - 神経・脊髄刺激装置
 - 除細動器
 - 人工内耳
 - 手術歴 (_____)
 - 血管内(カテーテル)治療 (_____ 年前 _____ 部位 _____)
-

※体内に外せない金属が (ある ない)

クリップ ステント フィルター ボルト・プレート 人工骨頭・ステム 人工関節 人工弁
眼内レンズ インプラント →<ネジ式・マグネット式> その他 (_____)

狭い所・大きな音が苦手 妊娠またはその可能性 補聴器 針 刺青 カイロ
美容整形(金糸・マスカラ・アートメイク 他) カラーコンタクトレンズ エレキバン
入れ歯(上・下) ブリッジ 差し歯 コルセット・サポーター・固定具 義手・義足
ピアス ヘアピン ネックレス ヘアカラー・毛染め ヘアウィッグ 金具付きの下着
ヒートテック素材 金属加工の仕事経験がある 事故等で体内に金属片がある
右に記載の貼り薬(ニトロダーム ニコチネル ニュープロパッチ ノルspanテープ)

.....
検査中、熱く感じたり、汗をかくことがあります。 気分が悪くなった時、発熱や異常を感じた場合は、我慢せずに 緊急用のボタンを握ってお知らせ下さい。

※上記事項を確認し、検査を受けることに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名

代筆者 (ご関係 _____)