

MRI検査同意書

身長 cm 体重 kg

検査を受けられる方は、強い磁場の中に入って頂きます。
安全に検査を行うために、下記項目にお答え下さい。

- 1) 心臓ペースメーカー (あり なし)
- 2) ICD (植込み型除細動器) (あり なし)
- 3) 神経・脊髄刺激装置やリード線 (あり なし)
- 4) 人工内耳 (あり なし)
- 5) 手術・血管内治療の既往 (あり なし)

※医療用金属が体内にある場合 _____ 年前 部位 (_____)

(コイル、クリップ、クランプ、ワイヤー、ステント、髄内釘、固定具、人工関節、人工弁等)

<該当するものに、○をおつけ下さい。>

- 閉所恐怖症 大きな音が苦手 妊娠またはその可能性
- 刺青 置き針 金糸等美容整形
- カラーコンタクトレンズ 補聴器
- 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)
- インプラント (ネジ式 磁石の着脱式) 歯科矯正器具 差し歯
- エレキバン カイロ ヒートテック ヘアピース 白髪染め
- その他特記事項 (_____)

.....

<注意事項>

MR I 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
コールボタンで知らせて下さい。

※上記事項を確認し、検査を受けることに同意します。

年 月 日 署名 (_____)

代筆者名 (_____ ご関係 _____)