

# MRI検査同意書

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

＜以下の項目に該当する場合、検査はできません＞

- 1) 心臓ペースメーカー 2) 神経・脊髄刺激装置 3) 除細動器 4) 人工内耳 5) 外せない指輪

上記に該当しません

体内に外せない金属が入っていますか？

( ある ・ ない )

動脈瘤クリップ ステント ボルト等の固定具 人工関節・骨頭 心臓弁

美容整形 (金糸・アートメイク) 歯科インプラント → <ネジ式・マグネット式>

歯科治療 (差し歯・矯正具・ブリッジ・被せもの) その他 ( \_\_\_\_\_ )

検査を安全に行うために、該当するものを○で囲んで下さい。

閉所恐怖症 大きな音が苦手 妊娠またはその可能性 補聴器 置針 刺青

カラーコンタクトレンズ エレキバン カイロ 義手・義足・義眼 腕時計

ピアス ネックレス・ブレスレット パワーアンクル コルセット サポーター 装具

マスカラ・アイシャドー マグネットネイル 入れ歯 (上・下) ※外さずにいて下さい

髪の毛につけている (白髪染め・ヘアカラー・マニキュア・ヘアピン・ウィッグ・増毛パウダー)

下着に金具がついている ヒートテック素材 (頭の検査は脱がなくてもよいです)

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 ノルスパンテープ)

検査中、熱く感じたり、汗が出る場合があります。気分が悪くなった時や発熱など異常を感じた場合は、我慢せずに 緊急用ブザーを握ってお知らせ下さい。また、ポケットの中は何もないようにして下さい。(車の電子キーやスマートウォッチ、クレジットカード等は使えなくなる可能性があります当院では責任を負えません。)

※上記事項を承諾し、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 \_\_\_\_\_ )