

# MRI 検査同意書

お名前	身長	体重
		cm kg

## 以下の方は MRI 検査を受けることができません

あり なし

・  心臓ペースメーカー、埋め込み式除細動器

・  補聴器、人工内耳

・  体内に外傷などによる金属片混入歴

・  女性の方で妊娠あるいは妊娠の可能性

## 以下の方は確認をお願いします

あり なし

・  手術歴はありますか

ありの方 → 体に金属が入っていますか？

(ステント 人工関節 クリップ シャントバルブなど)

はい  いいえ

はいの方 → その金属が入っている状態で MRI を受けた事がありますか？

はい  いいえ

・  刺青 (イレズミ) をしていますか [部位: \_\_\_\_\_]

・  カラーコンタクトレンズを使用していますか

以下のものは検査室内に持ち込むことができません。

○腕時計 ○磁気カード (クレジットなど) ○携帯電話 ○リモートキー

○アクセサリーすべて ○入れ歯 ○湿布やカイロ ○かつらやウィッグ ○ヘアピン

## ご記入後、そのまま持ちしてお待ちください

ID. \_\_\_\_\_

記入年月日 年 月 日

