

MRIは磁気を使った画像検査です。検査が安全に行なわれるために、以下の質問にお答え下さい。

- ◆脳動脈瘤クリップの手術を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい 手術の時期 ()
- ◆心臓ペースメーカーを使用していますか？
いいえ ・ はい
- ◆上記以外の手術を過去に受けたことありますか？
いいえ ・ はい 具体的な内容・時期 ()
- ◆最近、大腸内視鏡検査などでポリープ切除や止血などの処置を受けていますか？
受けていない ・ 受けている 時期： 2週間未満 (年 月 日)
 2週間以上経過 (いつ頃)
- ◆磁石を使った入れ歯、歯科矯正具はありますか？
いいえ ・ はい
- ◆上記以外に体内に金属類はありますか？
いいえ ・ はい ()
- ◆入れ墨、タトゥー、アートメイクはありますか？
いいえ ・ はい 部位 ()
- ◆心臓病、腎臓病、甲状腺疾患、糖尿病、脳梗塞、高血圧、高尿酸血症（痛風）や、その他の病気がありますか？
ない ・ ある 具体的な病名 ()
- ◆(女性のみ)妊娠中または妊娠の可能性はありますか？（妊娠初期のMRIの安全性は確立されていません）
いいえ ・ 判らない ・ はい (週目)
- ◆(女性のみ)授乳中のお子様がいらっしゃいますか？
いいえ ・ はい

・個人情報の利用について

検査に関するあなたの個人情報は厳重に守られます。医学の発展のために、検査内容などを研究や学会発表などに利用させて頂く場合がございます。名前など個人が特定される情報が公表されることは一切ありません。これらの利用について、同意の有無を確認させて頂いております。もし同意されない場合でも何ら不利益を被ることはありません。

上記個人情報の利用について 同意します。 同意しません。

年 月 日 本人署名

※ご本人が未成年の場合は、保護者がご署名下さい。

【代諾者の方が署名される場合】 代諾者署名

(本人との続柄 患者氏名)

本日来院中の連絡先についてお伺いします。

- 本日の検査には付添いの方も一緒に来ている。
(付添い人) 外出時の連絡先 *外出されない時は不要です
- 付添い無く一人で来院された方は、ご本人以外の連絡先をご記入下さい。
名前 続柄 TEL
- 緊急時の連絡先はありません。

※造影（一任）検査の方は裏面もご記入ください