

MRI 検査を受けられる方へ 安全の確認（説明と同意書）

●今までに MRI 検査を受けられたことはありますか？ はい いいえ

●安全に検査を実施するために、以下の項目に☑して下さい。

体内金属（ペースメーカー、人工内耳、ステント、クリップ、人工骨頭、人工関節、コイル
人工弁、義眼、避妊具、置き針 など）

治療を受けた年月及び病院名（ ）

刺青 補聴器 義足 インプラント

コンタクトレンズ（黒目を大きくする種類、カラーコンタクト など）

化粧（アートメイク、つけまつげ、アイシャドウ、アイライン、マスカラ ラメ入り など）

貼り付け剤（湿布、貼り付け薬、ピップエレキバン など）

狭いところに入って気分が悪くなったことがある。閉所恐怖症である。

妊娠または妊娠の可能性がある。妊娠の方は、何週目ですか？（ 週目）

●また安全のために以下のものは持ち込まないで下さい。

○服装（金属のついた下着、ヒートテックなど発熱する下着、ベルト、トレーニングベルトなど）

○義歯（外せないものは問題ございません。マグネット付きの方は歯科医にご相談ください）

※その他 撮影前にスタッフと共に別用紙を見ながら確認、取り外しをお願いします。

●検査を受けられない方 ○ペースメーカー装着 ○人工内耳の方 ○全身刺青の方

注意事項

※検査当日の食事は制限ありません。※検査時間はおよそ 30 分です。

※検査時刻の 15 分前にはお越し下さい。（9 時予約の方は 8 時 50 分をお願いします。）

※遅れられた場合は、時間を遅らせて撮影することが困難ですので、後日予約となります。

MRI 検査について説明を受け必要性、安全性について理解し検査を受けることに同意します。

年 月 日 (本人・代理人) ご署名

気になることがございましたら Tel:072-835-1010 までご連絡下さい。
川口脳神経外科リハビリクリニック 院長 川口 琢也 印