MRI検査〈 署名用 〉

同意書

MRI検査の実施にあたり、検査に関する注意事項および可否の確認を行います。
内容をご確認のうえ、ご理解いただきましたらご署名をお願いいたします。

① 既往歴について

●MRI検査の経験（ 有 ・ 無 ・ 不明 ）

□ これまでに、長期間の通院または入院・手術を要した病気がある
病名（　　）（　　）（　　）

② 下記に該当する方は、MRI検査を受けることができません

●心臓ペースメーカー ●植込み型除細動器（ICD） ●人工内耳 ●圧可変式シャントバルブ ●神経刺激装置
●生体刺激装置 ●骨成長刺激装置 ●体内に金属異物がある方 ●美容用金糸を留置している方
●磁性体義眼 ●妊娠中、または妊娠の可能性がある方

□ 上記に該当しません

③ 以下の項目についてご回答ください

該当する場合は、検査をお断りすることがあります

●体内外の医療器具・機器※ （ 有 ・ 無 ）
▶ 体内金属留置術後2か月未満の方、または2000年以前に手術を受け
体内に人工物がある方は、主治医の許可がある場合のみ検査可能です

●閉所恐怖症・閉所不安 （ 有 ・ 無 ）

●豊胸手術の既往 （ 有 ・ 無 ）
▶ 検査画像に影響が出る場合があります。必ずご申告ください

●体重（　　kg ）／身長（　　cm ）
▶ 体重130kg以上の方は、装置の安全構造上、検査を実施できません

●マグネット式インプラント （ 有 ・ 無 ）
▶ 磁極が変化する可能性があります。事前に歯科主治医へMRI検査の可否をご確認ください

●歯列矯正器具 （ 有 ・ 無 ）
▶ やけどや装置のずれが生じる可能性があります。事前に歯科主治医へMRI検査の可否をご確認ください

●入れ墨／タトゥー／アートメイク （ 有 ・ 無 ）
▶ やけどや変色の可能性があります。事前に施術施設へMRI検査の可否をご確認ください

※体内外の医療器具・機器の例

●人工心臓弁 ●脳動脈瘤クリップ・コイル ●血管や管腔臓器内の金属（ステントなど） ●シャントチューブ ●インスリンポンプ／持続グルコース測定器 ●外科用クリップ ●人工関節／ボルト ●子宮内避妊具

④ 検査前に取り外していただくもの

以下のものは検査の妨げとなるため、事前に取り外してください

□ アクセサリー類（時計／指輪／ネックレス／イヤリング／ピアス／ヘアピン／ウィッグなど）、めがね、補聴器
□ 義歯（入れ歯・部分入れ歯など取り外し可能なもの）、義眼・義手・義足（取り外し可能なもの）
□ ベルト／財布／小銭／カード類／鍵／カイロ／湿布／エレキバン／鍼シール／経皮吸収型貼付薬
□ 金属の付いた下着（ブラジャー・ボディスーツなど）、発熱素材（ヒートテックなど）のインナー
□ カラーコンタクト、ラメを含むアイメイク、ネイル（画像に影響が出る場合や、やけどの恐れがあります）
□ 白髪染めスプレー／増毛パウダー（装置へ付着し故障の原因となる場合や、画像に影響が出る恐れがあります）

以上の内容を十分に理解した上で、MRI検査を受けることに同意します

令和　　年　　月　　日	氏名（本人自署）

ここには何も記入しないで下さい	ID	性別　男 ・ 女
	令和　　年　　月　　日	年齢　　歳

Doctor Land