

MRI検査同意書

身長 _____ cm

体重 _____ kg

| | | |
|--|-----|------|
| 1: <u>ペースメーカー</u> ・ <u>植え込み型除細動器</u> は入っていますか？ | いいえ | はい |
| 2: <u>人工内耳</u> ・ <u>神経刺激装置</u> 等が入っていますか？ | いいえ | はい |
| 3: 手術などにより、 <u>体内金属</u> ・ <u>ステント</u> などは入っていますか？ | いいえ | はい |
| →体内金属がある場合、具体的に() | | |
| 4: <u>刺青</u> ・ <u>タトゥー</u> ・ <u>アートメイク</u> は入っていますか？ | いいえ | はい |
| 5: <u>圧可変式シャントバルブ</u> は入っていますか？ | いいえ | はい |
| 6: <u>入れ歯</u> 、 <u>補聴器</u> 、 <u>カラーコンタクト</u> は入れていますか？ | いいえ | はい |
| 7: 現在妊娠中ですか？ | いいえ | はい |
| | | (週) |
| 8: <u>閉所恐怖症</u> はございますか？ | いいえ | はい |

*****以下、造影検査の方のみご記入ください*****

| | | |
|---|-----|----|
| 9: 今までにMRI検査で造影剤を使用して、副作用はありましたか？ | いいえ | はい |
| 10: 今までに喘息と言われたことがありますか？ | いいえ | はい |
| 11: 腎不全と言われたことはありますか？ | いいえ | はい |
| (Cre: _____ eGFR: _____ 採血日: _____ 月 _____ 日) | | |
| 12: <u>アレルギー</u> はございますか？ | いいえ | はい |
| →アレルギーがある場合、具体的に() | | |

上記を理解し、MRI検査を受けることに同意します。

署名 _____

はなぶさ脳神経外科・皮ふ科クリニック

院長 英 賢一郎