

# 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