しもおか脳神経外科 MRI 検査問診票

お名前　　　　　　　　　　　　　　　身長　　　　　　cm　体重　　　　　　　Kg

MRI 検査を行うために、質問にお答えください（該当する項目に☑をつけてください）

今までに MRI 検査を受けたことがありますか？	□はい	□いいえ

禁忌（検査を行うことが出来ません）

心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器がありますか？	□はい	□いいえ
人工内耳・神経刺激装置・骨刺激装置がありますか？	□はい	□いいえ
圧可変式バルブ式シャント（脳室 - 腹腔シャント）がありますか？	□はい	□いいえ
体内で移動、脱落の可能性のある金属（内視鏡クリップ等）がありますか？	□はい	□いいえ

限定禁忌（材質等により検査不可）

脳動脈クリップ・心臓人工弁がありますか？	□はい	□いいえ
心臓血管内の人工物（コイル、ステント、人工血管、フィルターなど）	□はい	□いいえ
人工関節・人工骨頭がありますか？	□はい	□いいえ
体内植込式インスリンポンプ・持続グルコース測定器等がありますか？	□はい	□いいえ
歯科矯正器具・矯正ブリッジ・磁石も用いたインプラント、義歯	□はい	□いいえ

以下に当てはまる方は事前にお申し出ください

入れ墨・アートメイク・ネイルをしている	□はい	□いいえ
“はい”の方のみお答えください 火傷や変色の可能性がありますが、検査に同意されますか？	□はい	□いいえ
妊娠もしくは妊娠の可能性がある	□はい	□いいえ
胎児の安全性は確立されていないため医師との相談になります。		
閉所恐怖症（疑いも含む）	□はい	□いいえ

その他体内にあるものございましたらご記入ください。

[　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　]

MRI 検査の同意

MRI 検査を受けるにあたり上記内容を理解し、安全性について理解しましたので、
検査を受けることに同意致します

令和　　年　　月　　日　　本人署名

代理人署名　　　　　　　　　　　　　　　続柄