MRI検査　同意書

以下の内容は検査前日に記入して当日ご持参ください。

1. 以下の質問にお答えください。

① 身長・体重をご記入ください。　身長　　cm　体重　　kg

② 過去にMRI検査を受けたことがありますか？　はい　いいえ

③ 事故やケガで体内に金属片が残っている可能性がありますか？　はい　いいえ

④ 入れ墨やアートメイク等をしていますか？　はい　いいえ

2. 体内に以下のような人工物を埋め込んでいる方は、該当する物を〇で囲んでください。

・心臓ペースメーカー　・植え込み型除細動器　・神経刺激装置　・その他の体内電子機器
・脳動脈瘤クリップ　・人工内耳　・圧可変式シャントバルブ　・歯科矯正金具
・人工骨頭、人工関節、金属プレート等　・その他手術等による金属　・美容整形術による金属
・義手、義足、可動式義眼など　・持続血糖測定器（リブレなど）　・その他（　　）

3. 女性の方のみ、以下の質問にお答えください。

・体内に以下のような人工物を埋め込んでいる方は、該当する物を〇で囲んでください。

・乳房拡張器（エキスパンダー）　・避妊リング（銅付加IUD）　・ペッサリー

・閉経前ですか？閉経後ですか？　閉経前　閉経後

・現在、妊娠中もしくは、妊娠の可能性はありますか？　はい　いいえ

最終月経：　月　日 から　月　日（　日間）

ＭＲＩ検査同意書

上記及び説明書を読んだ上で、MRI検査の必要性と安全について理解し、検査を受けることについて同意します。

記入日　　年　　月　　日　本人署名

または　代理人署名　　続柄（　　）

上記質問事項について、特定の項目に該当する場合、不明な項目がある場合は
検査ができません。

また、安全のため、検査を中止させていただく場合がございます。