

単純 MRI 検査 安全確認リスト・同意書

1. 検査を安全に行うため以下の項目に当てはまる場合は☑をお願いします。

- ☐ ペースメーカーを使用している
- ☐ インスリンポンプ・持続グルコース測定器を使用している
- ☐ 刺青・タトゥー・永久アイライン・アートメイク等がある
- ☐ 頭髮に髪染めスプレー（スーパーミリオンヘア EX、他）、増毛パウダー等を使用している
- ☐ 閉所恐怖症がある
- ☐ 不整脈がある
- ☐ インプラント・歯列矯正の治療をしている
- ☐ 妊娠している、もしくは妊娠の可能性がある
- ☐ 非磁性体であることが確認できない体内埋め込み型医療機器
（血管クリップ・人工関節など）を使用している
- ☐ 体内人工物（乳房組織拡張器・避妊リング）・
（その他： _____ ）がある
- ☐ 体重 135kg 以上ある・腹厚 24cm 以上ある

※上記の項目に該当する場合、検査が受けられないことがあります。

※検査中止となった場合、状況に応じて「診察料」や「検査料」が発生致します。

2. 以下のものは検査時に外していただきます。

- ☐ 入れ歯・補聴器・時計
- ☐ エレキバン・湿布・カイロ
- ☐ カツラ・金属使用ウィッグ・ヘアピン・ネックレス・ピアス・イヤリング
- ☐ 金属のついた下着・ヒートテック肌着
- ☐ カラーコンタクトレンズ・サークルレンズ

3. 検査に必要な為、以下の項目をご記入下さい。

体重: _____ kg

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

私は上記記載内容を理解しましたので、MRI 検査を受けることに同意します。

患者様 _____ 署名

当院医師記入欄

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

説明医師