

MRI検査問診票 稲毛海岸脳神経外科クリニック

①以前にMRI検査を受けたことがありますか？ 時期（ ） 病院名（ ） 異常所見を指摘されたことはありますか？ （ ）	はい・いいえ			
②体内に金属が入っていますか？ 心臓ペースメーカー・水頭症シャント・人工内耳 脳動脈クリップ・ステント・人工弁・人工関節 骨折接合用ネジ・ボルト・歯科インプラント コイル・消化管止血クリップ・人工眼球 その他（ ）	はい・いいえ			
③簡易白髪染め（パウダーやスプレータイプ） タトゥー（刺青）ラメ入りメイクをしていますか？	はい・いいえ			
④今現在、貼り薬はしていますか？ カイロ・エレキバン・湿布等	はい・いいえ			
⑤閉所恐怖症ですか？	はい・いいえ			
⑥身につけている金属類はありますか？○をつけて下さい 入れ歯・義手義足・コンタクトレンズ・補聴器 カツラ・メガネ・時計・ベルト・アクセサリー・下着	はい・いいえ			
⑦現在妊娠の可能性はありますか？	はい・いいえ			
	スタッフサイン			

同意書

MRI検査に関する概要と注意事項の理解ができましたので、検査を受けることに同意します。

20 年 月 日

署名（本人又は代理人） 氏名