

検査問診票・同意書

伊丹恒生脳神経外科病院

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【検査を受けられる方へ】

次のあてはまるものに○や文字を記入してください。

問 1 次の金属の植込みがありますか？ (なし ・ あり)

(心臓ペースメーカー・植込み型除細動器・人工内耳・神経刺激装置・骨成長刺激装置・インシュリン注入ポンプ)

問 2 次の金属の植込みや使用がありますか？ (なし ・ あり)

(義眼・ステント・脳動脈クリップ・心臓機械弁・血管グラフト・静脈フィルター・人工関節・その他 [_____])

↳ 問2-2 これらの金属をいつごろ入れましたか？ (_____ 年前)

問 3 次のものを身に着けていますか。 (なし ・ あり)

(刺青・義歯 [取り外し可・不可]・カラーコンタクトレンズ・アイメイクなどの化粧類・補聴器)

問 4 次のお薬を使用していますか？ (なし ・ あり)

(湿布薬・ニトロダーム [ニトログリセリン真皮浸透絆創膏]・ニコチンパッチ)

問 5 狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか？ (なし ・ あり)

問 6 現在の体重をご記入ください。 (_____ kg)

<女性の方へ>

問 7 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。 (なし ・ あり)

私は検査内容を十分に理解した上で、検査の実施に同意いたします。

※なお同意はいつでも撤回できます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

同意署名 _____ 続柄 _____