

## 【MR 検査を受けられる方へ】

次にあてはまるものに○や文字を記入して下さい。

患者 氏名 \_\_\_\_\_

\*ペースメーカー（MR 対応型も）当院では MR 撮影行うことはできません！

<p>問1 次の金属の植込みや使用はありますか？</p> <p>・MR 不可</p> <p>例) ・ペースメーカー (MR 対応型/リードレス) ・植込み除細動器          ・人工内耳・中耳          ・脳脊髄刺激電極・インシュリン注入ポンプ・磁石式人工肛門          ・美容整形にて金属挿入など</p> <p>・MR 条件付き可能</p> <p>例) ・義眼・ステント・動脈クリップ・コイル・心臓機械弁・          ・静脈フィルター・人工関節・血管グラフト・避妊リングなど</p> <p>・その他 ( _____ )</p> <p style="text-align: right;">ありの方へ いつ頃入れられましたか？</p>	<p>( なし あり )</p> <p>( _____ 年前)</p>
<p>問2 次のものはありますか？ (取り外せるものは外して下さい)</p> <p>・入れ歯 インプラント【取り外し可・不可】 歯科矯正中</p> <p>・補聴器・コンタクトレンズ・置き針・リブレ (血糖モニタリング装置)</p> <p>・機能素材の服 (ヒートテック・抗菌素材) ・カイロ・湿布</p> <p>・刺青 (アイメイク等) ・ネイルアート等</p> <p>・ウィッグ・整髪料 (銀イオン・ミリオンヘア等)</p> <p>・その他 ( _____ )</p>	<p>( なし あり )</p>
<p>問3 現在の身長・体重をご記入下さい</p>	<p>( _____ c m)</p> <p>( _____ k g)</p>
<p>問4 (女性の方へ) 妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？</p>	<p>( なし あり )</p>
<p>※技師に伝えたいことあればご記入下さい</p> <p>・狭いところが苦手、寒い暑いのが苦手、仰向けが長時間苦手など・・・</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; height: 80px; margin-top: 10px;"></div>	

私は検査内容を十分に理解した上で、MR 検査の実施に同意します。

※なお同意はいつでも撤回できます。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

依頼医師印

本人署名 \_\_\_\_\_

本人以外は代筆者名 \_\_\_\_\_

続柄 \_\_\_\_\_