

MRI 検査を受けられる方へ

検査日時 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分

お手数ですが、下記の項目に記入してください	
体内の金属 (無 ・ 有：ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・ステント； その他)	年 月施行
義歯 (無 ・ 有：インプラント・入れ歯・差し歯・銀歯・その他)	
イレスミ・アートメイク・カラーコンタクト・金属色素入り化粧→火傷や変色の可能性があります (無 ・ 有)	
補聴器 (無 ・ 有)	
閉所恐怖症 (無 ・ 有)	
妊娠 (していない・している・わからない) →妊娠初期の方は、検査できません	
過去に MRI 検査を受けたことがありますか (無 ・ 有： 年 月頃)	
その他、気管支喘息、あお向けに寝られないなど ()	
身長 () cm 体重 () kg	
紹介医 () 病医院名 ()	
患者署名 () (本人 又は代理人)	検査担当者

必ずお読みください

1. 心臓ペースメーカー挿入後の方は、検査できません。
2. 脳動脈瘤クリッピング術後の方は、原則として検査できません。
3. 眼球内金属粉・体内金属破片などが入っている可能性のある方は、検査できません。
4. 以下のものは MRI 検査室に持ち込めません。
 - クレジットカード、キャッシングカード、その他カード類
 - 腕時計、携帯電話、イヤリング、ピアス、ネックレス、ヘアピン、眼鏡、補聴器等の金属物
 - ファスナー・ホック付下着、ベルト、カイロ (使い捨ても)、湿布、入れ歯、取り外し可能ブリッジ、カラーコンタクト、マスカラ、かつら、マスク (針金入りのもの) は外してください。
5. 技師の指示があるまで、検査室への入室は禁止です。
6. 医療の発展のため、学会や研究会等に診療の内容を提供することがあります。その際には、個人を識別あるいは特定できない状態にする等、個人情報保護に細心の注意を払います。

たかせクリニック

地下鉄・JR 弁天町駅前 TEL06-4393-9988
〒552-0001 大阪府大阪市港区波除 3-9-14 ホッポ M1F
予約変更、取り消し等は必ず早めにご連絡ください

