

ID

(フリガナ)

氏名

生年月日

性別

発行日

(4ヶ月間有効)

MR検査

安全確認チェック【原則：自己記入式】

今までにMR検査を受けたことは？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
妊娠の可能性は？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 「あり」の方担当医にお伝え下さい
現在の身長は？	約	cm
現在の体重は？	約	kg

1. 下記の手術をされたことがありますか？

なし あり

- 心臓ペースメーカー 植込型除細器(ICD,CRT) 人工内耳 消化器止血クリップ
 可動型義眼 神経刺激器(SCS) 乳房皮膚拡張器(ナトレル133)
-
- 脳動脈クリップ 心臓人工弁 スtent・フィルター 眼部インプラント
 脳脊髄シヤント 血管内留置カテーテル 磁力型義眼義歯

2. 下記の物が体にありますか？

なし あり

- 人工骨頭・関節・釘 入れズミ アートメイク 手足ネイル(ジェルネイル・マグネットネイル)
-
- ニトロダーム/ニコチネル/ノルスパンテープ 持続グルコースモニタ(リブレなど)
 義足・義肢・義眼 歯列矯正用具 その他 医療電子機器()

以下のものがあると検査室に入れません。検査前にはずしていただきます。

眼の周りの化粧 カラーコンタクト 補聴器 入れ歯 湿布・カイロ エレキバン コルセット ブラジャー
時計 ヘアピン・かつら アクセサリーなど

検査当日はマスカラなどの眼の周りの化粧やカラーコンタクトなどは控えてくださるようお願いいたします。
日焼け止めクリームもお控えください。

上記確認後、ご署名をお願いします

年	月	日	氏名	(本人 ・ 代理)
---	---	---	----	-------------