

【MR I 検査を受けられる方への確認事項について】

MR I 検査を安全に実施するために、お手数ですが、以下の事項についてご確認いただき、
脳ドックお申込時に併せて郵送、又は FAX くださいますようお願い致します。

福井大学医学部附属病院
先端医療画像センター 健診室

氏 名： _____ 男・女 _____

生年月日： T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 今までにMR I 検査を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
2. 体内に心臓ペースメーカー、心血管カテーテル、人工内耳、生体刺激装置、カプセル内視鏡、グルコースモニタシステム、弾丸、鉄片が入っていますか。 ※入っている場合は、MR I 検査ができません。	☐ いいえ
3. 体内（頭の中も含む）に何か金属が入っていますか。	☐ はい ☐ いいえ
入っている場合には、該当するものすべてに○をつけてください。 人工関節・脳動脈クリップ・人工心臓弁・止血または避妊クリップ・インプラント・コイル・ステント・植込み型心電用データレコーダ・可動性義眼・磁石式入れ歯・プレート・スクリュー・ワイヤー・シャント・その他の金属（ _____ ）	
入っている場合は、それはMR I 検査適合品であるかを治療を受けた医療機関にご確認ください。部位： _____ 医療機関名： _____ ※非適合品である場合や、確認ができない場合には検査を受けることができません。また、当院でも上記医療機関に再確認する場合がありますのでご了承下さい。	☐ 適合品（検査可能） ☐ 非適合品（検査不可能）
4. 体に入れ墨をしていますか。 ※体に入れ墨がある場合は、MR I 検査ができません。 ※眉毛・アイラインのアートメイクをされている方は、火傷の危険性がありますが同意いただけますか。 ☐ 同意する ・ ☐ 同意しない(検査不可能)	☐ いいえ
5. アイライナー、マスカラ、ラメ入りの化粧(マニキュアも含む)、カラーコンタクトレンズ増毛パウダー(ふりかけ式人工毛)、白髪隠しは火傷やMR I 装置故障の原因になりますので当日は落として(外して)きてください。 ※当日、増毛パウダー(ふりかけ式人工毛)、白髪隠しのご使用がある場合は、MR I 検査ができません。	☐ はい
6. 閉所恐怖症がありますか。 ※閉所恐怖症がある場合は、MR I 検査ができません。	☐ はい（検査不可能） ☐ いいえ
7. 【女性の方へ】 妊娠中、または妊娠の可能性はありますか。 ※妊娠中、または妊娠の可能性のある場合、胎児への安全性が確立されておりませんので、MR I 検査(脳ドック)はできません。	☐ いいえ

以上を確認し検査する事について同意します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

健診者氏名： _____