

# MRI 検査問診票 (BrainSuite 検査用)

登録番号		性別	
フリガナ		生年月日	
氏名		検査日	

下記の質問事項にお答えください (1つでも「はい」がある場合はこの検査を受けることができません)。

質問事項	回答欄	
心臓ペースメーカー、除細動器、ループレコーダを埋め込んでいますか	はい	いいえ
神経刺激装置、生体刺激装置、骨成長刺激装置を埋め込んでいますか	はい	いいえ
圧可変式バブル VP シャントチューブ、注入ポンプをつけていますか	はい	いいえ
磁力により装着する義眼を入れていますか	はい	いいえ
人工内耳を入れていますか	はい	いいえ
磁石を使用した義歯・インプラントを入れていますか	はい	いいえ
閉所恐怖症ですか	はい	いいえ
妊娠中もしくは、妊娠の可能性がありますか	はい	いいえ
入れ墨、アートメイクなどをしていますか	はい	いいえ
心臓の人工弁 (金属製) 手術を受けたことがある方、体内に金属異物 (事故などによる鉄片などの体内貯留) がある方は事前にご相談ください。		
上記の項目に相違ありません。 検査の危険性について理解し、MRI 検査を受けることを希望します。		
令和      年      月      日		
患者本人署名 _____		