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？	□ なし □ あり
妊娠の可能性は？	□ なし □ 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 □ ステント・フィルター □ 眼部インプラント

□ 脳脊髄シャント □ 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 □ 歯列矯正用具

□ ニトロダーム/ニコチネル/ノルスパンテープ

□ 非磁力型義眼 □ 義足・義肢 □ その他（ ）

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 ）