



フリガナ 氏名	男・女	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日(歳)
住所	〒		電話	固定: 携帯:
緊急連絡	氏名	続柄	連絡先	
勤務先		連絡先		職業
今回の症状について	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 仕事中のけが <input type="checkbox"/> その他()			

MRI検査では以下の注意事項を確認していただき、安全に検査を行っていきます。
 場合によっては安全を考慮し、中止する事があります。
 以下の質問の該当する方は でお答えください。

- 心臓ペースメーカー等、体内に金属はありますか？ いいえ はい はいの場合、以下↓に詳細を記入してください ()
- タトゥーや入れ墨等を入れていますか？ いいえ はい
 ※皮膚に障害が出る恐れがあります。担当スタッフにお申し出ください。
- 現在、カラーコンタクトレンズは使用していますか？ いいえ はい
 ※眼に障害が出る恐れがあります。検査前に外してください。
- 現在、医療機器(補聴器やホルター心電計等)は使用していますか？
いいえ はい はいの場合、以下↓に詳細を記入してください ()
 ※機器が故障する原因になります。検査前に外してください。
- 現在、かつら・ウィッグ・増毛パウダー等は使用していますか？
いいえ はい
- 発熱繊維(ヒートテック等)は着ていますか？ いいえ はい
 ※火傷の恐れがあります。検査前に着替えていただきます。
 (注)その他、アイメークやネイルアート、貼り薬(湿布、エレキバン、鍼治療、カイロ等)
 金属を使用した衣類(ファスナー、ブラジャーやキャミソール等)、入れ歯やインプラント等
 取り外しが可能なものはすべて外していただきます。
- 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい
- 女性の方にお尋ねします。
 現在妊娠または妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

ご不明な点がございましたら何なりと担当スタッフにお尋ねください。