

MRI検査 問診 同意書

確認サイン	
案内者	技師

スタッフ記入欄

安全に検査を行う為、以下の項目の確認をお願い致します。

◎今までにMRI検査を受けたことがありますか？ 【はい・いいえ・不明】

◎今までに体内に **人工物** を入れるような手術を受けたことがありますか？
【はい・いいえ】

⇒『はい』とお答えの方へ

手術部位と時期 および詳細をお答え下さい。

(例) 手術部位 腰椎 ⇒ 手術時期 5 年前 : 詳細(ボルト 素材チタン)

※ 手術部位 ⇒ 手術時期 年前 : 詳細()

※ 手術部位 ⇒ 手術時期 年前 : 詳細()

(月経カップ、タンポンを使用している際は画像に反映されてしまうため当日は装着せず来院して下さい。)

(ペースメーカーや自動除細動器などがある場合は検査実施できません。)

◎インプラント、矯正器具、入れ歯等を使用していますか？ 【はい・いいえ】
※入れ歯取り外し (可・否)

(取り外せない口腔内金属は、画像に影響を及ぼし診断に影響が出る可能性があります。)

◎現在妊娠している可能性はありますか？ 【はい・いいえ・どちらともいえない】
(胎児に対する安全性は確立されていません。妊娠の可能性がある場合は検査実施できません。)

◎刺青、アートメイクを施していますか？ 【はい・いいえ】
(やけどの可能性あります)

◎カラーコンタクトレンズを装着していますか？ 【はい・いいえ】
(やけどの可能性あります)

◎閉所恐怖症はありますか？ 【はい・いいえ・どちらともいえない】
⇒『はい』とお答えの方へ 対策が必要な項目に○を付けてください。

(対策: 必要なし・明るく・暗く・風・アナウンス・アイマスク・その他)

**緊急性の高い疾患を疑う患者様がいらっしゃった場合や、
装置の不具合などにより検査時間が前後してしまう可能性がございます。予めご了承ください。**

MRI検査時に発生する騒音は脳の撮像法で120dB(自動車のクラクション: 110dB)にも達します。

撮影時には**耳栓を装着していただきます**が、それでもかなりの騒音があります。受診者の皆様には、騒音による苦痛をお掛けしますが、鮮明な画像を撮影するために、ご理解ご協力の程、宜しくお願い致します。

検査前にお取りいただく物

(下記の物を持ち込み破損した場合、当院では責任を負いかねます。予めご了承ください。)

義歯、補聴器、携帯電話、時計、指輪、ピアス、ヘアピン、ネックレス、ベルト、鍵、イヤホン
磁気カード(キャッシュカード・クレジットカード等)、シップ薬、ホッカイロ、エレキバン、コルセット
その他外せる金属類

上記の内容について理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

20 年 月 日

受診者様署名

代理人様署名

(続柄)

MRIオプション(Mvision・BHQ)検査サービス申込書

オプションの追加を希望される方は、以下の内容をご確認いただき、ご理解いただけましたら、ご署名欄にご記入をお願いいたします。

1.本サービスは株式会社エム、またはBHQ株式会社が提供します。

2.20歳から80歳の方を対象としたサービスです。

3.本サービスの結果解析は外部企業に委託しております。

【外部企業は、MRI画像データおよびサービスに必要な個人情報（氏名・生年月日・年齢・性別・患者ID）の提供を受けて、脳画像を解析して解析結果のレポートを提供いたします。】

ご提供いただいた個人情報は、各社の個人情報保護方針に従い適切に管理致します。また、匿名化した上で本サービスの向上、研究・学会発表の目的で、有効活用させていただくことがあります。

(株式会社エムプライバシーポリシー|<https://www.corporate-m.com/privacypolicy>)

(BHQ株式会社 個人情報保護規定|<https://www.bhq.co.jp/privacy/>)

4.本サービスは脳疾患の診断、治療、予防を目的としたものではなく、医療機器の認証を受けた製品ではありません。予めご了承下さい。

ご署名欄

以上の内容を読み十分理解・確認しましたので、本サービス受診に同意します。
(こちらは**Mvision・BHQに申し込まれる方のみ署名**をお願いします。)

年	月	日	氏名
---	---	---	----



医療法人社団 靖和会

林脳神経外科メディカルクリニック