

## 画像診断検査（MRI・CT）を受けられる方へ

MRIは磁気を使い、CTはX線を使い、人体の断面をとらえる画像診断検査です。検査が安全に行なわれるために、以下の質問にお答え下さい。

### ご質問

- ◆脳動脈瘤クリップの手術をしたことがありますか？  
いいえ ・ はい 手術の時期（ \_\_\_\_\_ ）
- ◆心臓ペースメーカーを使用していますか？  
いいえ ・ はい
- ◆過去に上記以外の手術（内視鏡手術含）の経験がありますか？  
いいえ ・ はい 具体的な内容（ \_\_\_\_\_ ）
- ◆入れ墨、タトゥー、アートメイクはありますか？  
いいえ ・ はい 部位（ \_\_\_\_\_ ）
- ◆心臓病、腎臓病、甲状腺疾患、糖尿病、脳梗塞、高血圧、高尿酸血症（痛風）、その他の病気がありますか？  
ない ・ ある 具体的な病名（ \_\_\_\_\_ ）
- ◆（女性のみ）妊娠の可能性はありますか？（MRIでも妊娠初期の安全性は確立されていません）  
いいえ ・ 判らない ・ はい（ \_\_\_\_\_ 週目）
- ◆（女性のみ）授乳中のお子様がいらっしゃいますか？  
いいえ ・ はい

検査に関するあなたのプライバシーは厳重に守られます。医学の発展のために、検査内容や経過などを医学会および研究会、医学雑誌などで発表させていただく場合がございます。名前など個人が特定される情報は一切公表されることはありません。よろしければ、下記にご署名をお願い致します。

なお、ご同意いただけない場合でも、何ら不利益を被ることはありません。もし、ご不明の点があればお申し出下さい。

同意します。

同意しません。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 お名前 \_\_\_\_\_

本日来院中の緊急連絡先についてお伺いします。

- 本日の検査には付添いの方も一緒に来ている。  
(付添い人) 外出時の連絡先 \_\_\_\_\_ \*外出されない時は不要です
- 付添い無く一人で来院された方はご本人以外の緊急連絡先をご記入下さい。  
名前 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_
- 緊急時の連絡先はありません。

ご協力有難うございました。

お茶の水駿河台クリニック

**※造影（一任）検査の方は裏面もご記入ください**