下記を確認後、確定してください。

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※検査までに新たに体内金属等が留置された場合、各科へ連絡をもらえるよう、患者様へのご説明をお願いします。

☐ **患者の同意（有）**

・ペースメーカー

☐ 無
☐ 有

・脳動脈クリップ

☐ 無
☐ 有（MRI可）
☐ 有（MRI不可）

・手術金属【医療用】

☐ 無
☐ 有（MRI可）
☐ 有（MRI不可）

・脊髄刺激療法装置

☐ 無
☐ 有（MRI可：※要モード変更）
☐ 有（MRI不可）

・内視鏡止血クリップ

☐ 無
☐ 有（MRI可）
☐ 有（MRI不可）

・歯科矯正ブリッジ

☐ 無
☐ 有（MRI可）
☐ 有（MRI不可）

・閉所恐怖症

☐ 無
☐ 有

・人工内耳

☐ 無
☐ 有

・VPシャント

☐ 無
☐ 有（MRI可）
☐ 有（MRI不可）

・外傷等金属【非医療用】

☐ 無
☐ 有（MRI可）
☐ 有（MRI不可）

・DIB（フォーレ）キャップ

☐ 無
☐ 有（MRI可：緑キャップ）
☐ 有（MRI不可：青キャップ）

・義眼

☐ 無
☐ 有（MRI可）
☐ 有（MRI不可）

・刺青／アートメーク

☐ 無
☐ 有（MRI可）
☐ 有（MRI不可）

・妊娠／その可能性

☐ 無
☐ 有

確認医師氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿