

脳ドック問診票・MRI 検査同意書

ご記入の際は、別紙「脳ドック説明書」を必ずお読みいただき、各質問にお答えください。

■ 基本情報 【検査予定日時：2026 年 月 日 時 分】

患者 ID		生年月日	年 月 日
氏 名		年 齢	
住 所	(〒 -)		
連 絡 先			

■ 1. MRI 検査に関する確認事項（体内金属・医療機器・手術歴など）

※以下に該当する場合は、事前にスタッフへお申し出ください。医療機器や体内金属については、手術・処置を実施した医療機関へ MRI 検査の可否をご確認いただく場合があります。

- ☐ 心臓ペースメーカー ☐ 植込型除細動器（ICD） ☐ 人工内耳
☐ 脳動脈クリップ ☐ 金属製ステント ☐ 眼内金属（鉄片など）
☐ 骨折治療の金属（プレート・ボルト等） ☐ リブレ（持続グルコース測定器）
☐ 入れ墨・アートメイク ☐ その他の体内金属・医療機器・手術歴（ ）

■ 2. 現在の症状

- ☐ 症状なし ☐ 頭痛 ☐ めまい ☐ ふらつき ☐ 手足の脱力
☐ しびれ ☐ 言葉が出にくい ☐ 物忘れが増えた
☐ その他（ ）

■ 3. これまでにかった病気・現在治療中の病気

- ☐ なし ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ くも膜下出血 ☐ 脳腫瘍
☐ 心疾患 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 脂質異常症
☐ その他（ ）

■ 4. その他の確認事項

- 閉所恐怖症 ☐ なし ☐ あり
妊娠 ☐ 該当しない ☐ 妊娠している ☐ 妊娠の可能性がある
服薬状況 ☐ 服薬なし ☐ 服薬あり
アレルギー ☐ なし ☐ 薬剤（ ） ☐ 食物（ ） ☐ 金属
喫煙 ☐ 吸わない ☐ 現在吸っている ☐ 過去に吸っていた
飲酒 ☐ 飲まない ☐ 週 1 回未満 ☐ 週に数回 ☐ 毎日

■ 5. MRI 検査前の最終確認

- ☐ 金属類（アクセサリー・補聴器・ヘアピン等）は外しています。
☐ 別紙「脳ドック説明書」を読み、内容を理解しました。

■ 6. 研究利用に関する確認

- 匿名化された画像や検査結果を医学研究に使用することについて
☐ 同意する ☐ 同意しない

私は、別紙「脳ドック説明書」の内容を理解し、MRI 検査を受けることに同意するとともに、上記問診を正確に記入しました。

確 認 日	年 月 日
署 名	