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：　　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	