

| | | |
|--|-----|-----|
| <p>1. 次の病気にかかったことはありますか？ (はい) とお答えの方は病名に○印をつけてください。 アトピー性皮膚炎・気管支喘息・じんましん・アレルギー性鼻炎・甲状腺機能亢進症 緑内障・糖尿病・前立腺肥大症・狭心症 心筋梗塞 不整脈</p> | はい | いいえ |
| <p>2. 薬（飲み薬, 注射, 点滴）によるアレルギー（副作用）になったことはありますか？</p> | はい | いいえ |
| <p>3. 造影剤を注射してエックス線, CT, MRI の検査を受けたことがありますか？</p> | はい | いいえ |
| <p>4. 3.で (はい) とお答えの方にお尋ねします。その時, 副作用がありましたか？ (はい) とお答えの方はその症状に○印をつけてください。 じんましん・かゆみ・くしゃみ・吐き気・気分不快・意識が遠くなった その他 ()</p> | はい | いいえ |
| <p>5. 女性の方へお尋ねします。現在, 妊娠中（その可能性を含め）もしくは授乳中ですか？</p> | はい | いいえ |
| <p>6. 手術を受けたことはありますか？ (はい) とお答えの方へお尋ねします。具体的な手術名をご記入ください()</p> | はい | いいえ |
| <p>7. 体内に金属はありますか？ ペースメーカー・ICD・義眼・ステント・脳動脈クリップ・心臓機械弁・血管グラフト 静脈フィルタ・インプラント () の部分)・骨折治療用金属・金の糸 その他 ()</p> | はい | いいえ |
| <p>8. 次のものはありますか？ 補聴器・入れ歯・かつら・貼り薬 () の部分)・カラーコンタクトレンズ 入れ墨 () の部分)・保温性下着・カイロ・装具・コルセット</p> | はい | いいえ |
| <p>9. 撮影した画像データを学術利用してもよいですか？ 個人情報（氏名、生年月日その他の特定の個人を識別できるもの）を削除したうえで、 GE Healthcare Japan 及び関連企業や外部企業へ共有する可能性があります。</p> | いいえ | はい |
| <p>10. 体重をご記入ください。</p> | | kg |

MRI 検査の目的・必要性、副作用について担当医師より十分な説明を受け理解できましたので、今回の検査の実施に同意いたします。

年 月 日 氏名 _____

保護者（もしくは代理人） _____

※本人が署名できない場合や未成年者は代理人もしくは親権者が署名してください。

(医師記入欄) 担当医師氏名 _____

次の項目は PICTORU いずも画像診断室にて検査直前にご記入ください。

| | | |
|------------------------------|-----|----|
| <p>金属・装飾・カード類は全て外されましたか？</p> | いいえ | はい |
|------------------------------|-----|----|

検査担当者 _____ (Pt. ID _____)