

# ラジオロジッククリニック扇町ドック申込書

ふりがな			
名前			
住所	〒		
生年月日	( 大 ・ 昭 ・ 平 )	年	月 日 ( 才 )
性別	男 ・ 女	身長	cm 体重 kg
自宅	( )	携帯	( )
ドック	検査項目に○をご記入ください		
	ベーシック脳ドック (1人 or 2人ペア) ・ スペシャル脳ドック (1人 or 2人ペア) ものわすれドック ・ 肝臓、胆のう、膵臓ドック ・ CT肺がんドック 大腸がんドック (大腸3DCT) レディースドック A (骨盤部MRI) レディースドック B (乳腺エコーのみ) レディースドック C (マンモグラフィのみ) レディースドック D (乳腺エコー+マンモグラフィ) プレミアムレディースドック (乳房MRI+乳腺エコー+マンモグラフィ)		
オプション	腫瘍マーカー ・ 胃ABC ・ 血液検査 ( ① or ② ) ・ ｱｼﾞｲﾃﾞｯｸｽ ・ ( )		
検査日	令和	年	月 日 ( ) AM : ・ PM :

\*ご登録いただきました個人情報は、プライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします  
 \*後日、資料の送付やご案内のDM等を郵送させて頂く可能性がございます。  
 もし、ご同意いただけない場合、下記にチェックをお願いいたします。  
 同意しない

**\*\*アンケート\*\***

当院を受診されるきっかけは何ですか？

- インターネット       知人の紹介 (                      様)       他院からの紹介 (                      )  
 以前他の検査で来院       雑誌       その他 (                      )

★医療機器は、高性能で精密な為、メンテナンスには万全を期しておりますが、安全性が保証できない時は、検査を中止させていただくことが有ります。あらかじめご了承ください。

# MRI ドックを受けられる皆様へ

MRI 検査は、強力な磁石を利用して体の中を画像化する検査です。  
検査を受けられるまでに、以下の項目に該当するものがないかご確認をお願いします。

♣ 安全に検査するために、以下に該当する方は、検査を受ける事が出来ない場合があります。

- 除細動器付心臓ペースメーカー（MRI 対応の物も含む）
- 人工内耳
- 脳動脈クリップ
- シャントバルブ
- 内視鏡クリップ
- 脊髄刺激装置

♣ 以下に該当する方は、検査前にご連絡をお願いします。

- 整形外科の手術によるインプラント挿入
- 人工心臓弁
- 血管内コイル・ステント・フィルターを留置している
- 美容整形
- 刺青・アートメイク
- マグネット式入れ歯
- 薬剤浸透性絆創膏（ニトロダーム・ニコチネルパッチ等）
- 妊娠の有無

♣ 検査室に入室時、以下の物は外して入室していただきます。

補聴器・コンタクトレンズ（使い捨ても含む）・磁気カード・鍵・財布・携帯電話・時計・  
アクセサリなどの装飾品・ヘアピン・かつら・ウィッグ・カイロ・エレキバン・貼  
り薬・ブラジャー・コルセット・マスカラ・アイシャドー・入れ歯・ブリッジ・義眼

※ 検査機器故障の可能性のある為、当日、増毛パウダー・白髪隠しのマスカラ等  
されている方は、検査が出来ません。

検査当日は、増毛パウダー・白髪隠しのマスカラ等しないよう、お願いします。

※ 問診の結果、使用機器を決定いたします。

※ 装置のメンテナンスは万全を期しておりますが、安全性が保障出来ないときは、  
検査を中止させて頂く事があります。

医療法人 真生会 ラジオロジッククリニック扇町

TEL06-6311-7500 FAX06-6311-7510



## MRI問診・同意書

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答え下さい。

問診の内容によっては検査開始時間が前後する可能性があります。ご了承下さい。

有 無 以前、MRI 検査をされたことはありますか？

有 無 心臓ペースメーカー

有 無 人工内耳、中耳

有 無 脳動脈クリップ 有→いつ頃( ) MRI 対応

有 無 上記以外の体内金属 ・ インプラント

↳ (手術名・部位 /いつ頃 /MRI 対応)

有 無 その他手術歴

↳ (手術名・部位 /いつ頃 )

有 無 補聴器

有 無 つめもの以外の義歯

↳ 選んで下さい→( 入れ歯 ・ 差し歯 ・ ブリッジ ・ インプラント ・ 歯科矯正 )

上記のものは→ ( はずせる ・ はずせない ・ マグネット式 )

有 無 金属研磨作業等、金属粉に接する職業経験(有→眼内金属粉 有 無)

有 無 刺青・アートメイク(永久的なアイライン・アイブロー含む)

有 無 過度のメイク・増毛パウダー・白髪隠しマスカラ

有 無 かつら・ウィッグ・ヘアピース(検査前に外して頂きます)

有 無 コンタクトレンズ(検査前に外して頂きます) ケース貸し出し

有 無 閉所恐怖症

有 無 てんかん

有 無 C型・B型肝炎、梅毒、その他の感染症

有 無 妊娠の可能性

最終月経日 月 日 / 閉経

[女性骨盤を受けられる方へ]

有 無 心臓の病気(心筋梗塞・狭心症・不整脈・その他の心臓病)

有 無 緑内障(眼圧が高い)

[MRCPを受けられる方へ] 最終食事時間 時 分頃

## 同意書

刺青・アートメイクにおける発熱・変色の可能性について説明を受け、理解しました。

コンタクトレンズ装着した場合の危険性について説明を受け、理解しました。

貴金属類( )を装着した場合の危険性について説明を受け、理解しました。

検査について十分な説明を受けましたので検査実施に同意します。また、万一緊急の必要が生じた場合には処置を受けることについても同意します。

記入日 年 月 日

患者氏名