

実験前質問表

氏名 性別 生年月日
 利き手 体重

事前質問項目

- | | | |
|-------------------------------|----|-----|
| 1 閉所恐怖症だと思いますか | はい | いいえ |
| 2 暗所恐怖症だと思いますか | はい | いいえ |
| 3 妊娠中あるいは妊娠中の可能性がありますか(女性のみ) | はい | いいえ |
| 4 授乳中ですか(女性のみ) | はい | いいえ |
| 5 何らかの発作(癲癇など)を起こしたことがありますか | はい | いいえ |
| 6 発汗障害と診断されたことがありますか | はい | いいえ |
| 7 心臓機能不全と診断されたことがありますか | はい | いいえ |
| 8 難聴により補聴器を着用していますか | はい | いいえ |
| 9 1週間以内にMRIによる撮影に参加したことがありますか | はい | いいえ |

金属製の異物はMRI を撮影する際に危険をとまなうことがあります。

以下のものが体内に有るか否か、またはその可能性の出てくる活動歴を教えてください。

- | | | | |
|-----------------------------------|---------|---------|-------|
| 10 幼年時代等に頭部の手術等を行ったどうかご両親等に確認ください | ないと確認した | あると確認した | わからない |
| 11 心臓ペースメーカー | はい | いいえ | |
| 12 神経ペースメーカー | はい | いいえ | |
| 13 弾丸などの金属破片 | はい | いいえ | |
| 14 動脈瘤のクリップ | はい | いいえ | |
| 15 外科クリップ | はい | いいえ | |
| 16 眼内異物・義眼 | はい | いいえ | |
| 17 人工中耳・人口内耳 | はい | いいえ | |
| 18 着脱式人工歯 | はい | いいえ | |
| 19 人工心臓弁 | はい | いいえ | |
| 20 人工関節 | はい | いいえ | |
| 21 植込み型神経刺激装置 | はい | いいえ | |
| 22 脳脊髄ドレインチューブ | はい | いいえ | |
| 23 金属ステント | はい | いいえ | |
| 24 その他金属製異物 | はい | いいえ | |
| 25 恒久的まつげエクステンション | はい | いいえ | |
| 26 恒久的アイシャドー | はい | いいえ | |
| 27 刺青 | はい | いいえ | |
| 28 金属研磨・板金・溶接・旋盤作業の職業歴 | はい | いいえ | |
| 29 軍事活動あるいはピストル等武器の使用 | はい | いいえ | |
| 30 交通事故 | はい | いいえ | |
| 具体的にどのようなものでしたか () | | | |
| 31 転倒事故 | はい | いいえ | |
| 具体的にどのようなものでしたか () | | | |
| 32 コンタクトレンズを着用している | はい | いいえ | |
| 33 頭にスプレーをしている | はい | いいえ | |
| 34 かつらをしている | はい | いいえ | |

以上、申告事項に間違いありません。

日付

氏名

署名