ＭＲＩ実験事前確認書

（以下の項目に「有」がある場合には被験者になることはできません。）

・心臓ペースメーカーの使用 有　無

・脳血管のクリップの使用 有　無

・神経の電気刺激装置の使用 有　無

・埋め込み式ポンプの使用 有　無

・金属片の体内残存 有　無

・現在の妊娠の有無 有　無

・入れ墨（入れ墨式のアイライン等を含む）の有無 有　無

（以下の項目に「有」がある場合には注意が必要です。実験担当者とよく打ち合せてから実験を行ないます。）

・グリセリンパッチの使用 有　無

・耳内人工物 有　無

・骨折などの補綴のための金属板やネジが体内にある 有　無

・金属による目の外傷 有　無

・外傷あるいはそれに伴う外科的な手術の経験 有　無

・IUD（女性用避妊具）の使用 有　無

・着脱式義歯の使用 有　無

・義眼の使用 有　無

・メニエール病等の内耳疾患経験の有無 有　無

・人工心臓弁の使用 有　無

・現在母乳授乳している 有　無

・歯列矯正用ブリッジ装着 有　無

・閉所恐怖症 有　無

・運動障害 有　無

・強度の視覚障害や聴覚障害 有　無

・狭心症など心臓発作の経験 有　無

・てんかん発作の経験 有　無

・偏頭痛の有無 有　無

・ピカピカした光を見て気持ちが悪くなった経験 有　無

・金属研摩の職業歴 有　無

・喘息発作の経験 有　無

（以下の物は実験前に取り除いていただきます。普段使用しているものを確認願います。）

・金属の装飾品（イヤリング、ピアス等） 有　無

・腕時計 有　無

・ヘアピン、髪止め等 有　無

・眼鏡 有　無

・衣服についた金属（金属ボタン、金属および金糸・銀糸のついた下着等） 有　無

・顔面・首・腕・爪に塗布する金属やラメを含有する化粧品 　　　 有　 無

・目の周囲の化粧品（アイシャドー、アイライン、マスカラなど）　　　　 有 　無

・カラーコンタクトレンズ 有　無

・補聴器 有　無

・発熱機能のある衣類 有　無

以上の項目についてすべて確認いたしました。

令和 　年　 月 　日 被験者署名