

## 脳ドック受検に関する同意書・確認書

串本町脳ドック助成事業を利用申請するにあたり、下記の同意事項について同意します。

また、下記の確認事項についても確認しました。

令和 年 月 日

住 所

氏名（署名）

記

### ■同意事項

○串本町脳ドック助成事業により受検した脳ドックの検査結果を指定受検機関が串本町に提供すること

※検査結果は相談や事後指導のために使用し、その他の目的のために使用することはありません。

### ■確認事項

○次に該当する方は MRI・MRA 検査を受検することはできません。

- ・心臓ペースメーカーを埋め込んでいる方
- ・人工弁を入れてある方
- ・人工内耳を使用している方
- ・義眼（磁石で眼窩内に固定されている場合）を使用している方
- ・下大静脈フィルタを入れている方

○次に該当する方は MRI・MRA 検査を受検することができない場合があります。

- ・今までに手術をしたことがあり体内に金属材料が入っているとされた方
- ・磁石で固定する義歯を使用している方
- ・入れ墨、アートメイク等を施している方
- ・閉所恐怖症の可能性のある方
- ・妊娠もしくはその可能性のある方