

日期 (日/月/年) : _____ / _____ / _____

名字 : _____ 姓氏 : _____

身高 : _____ 體重 : _____ 公斤或 _____ 磅 出生日期 (日/月/年) : _____ / _____ / _____

1. 您是否做過機械工人、金屬製造工或從事過磨削金屬的任何職業或有這方面的業餘愛好？ 是 否
2. 您的眼部是否曾因金屬物體 (例如金屬碎片、削片或異物) 受過傷？ 是 否
3. 您是否懷孕，經期推遲或接受過生育治療？ 是 否
4. 您目前是否在服用或者近期曾服用過任何藥物？ 是 否
- 如是，請列舉：

5. 您是否有藥物過敏或有過過敏反應？ 是 否
- 如是，請列舉：

下列各項中，有些可能會危及您的安全，有些可能會干擾磁力共振掃描檢查。請複選以下各項的正確答案：

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 心臟起搏器 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 彈片、鹿彈或子彈 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 植入式心臟除顫器 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 子宮內避孕器或避孕隔膜 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 動脈瘤夾或腦夾 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 子宮帽或膀胱環 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 頸動脈血管夾 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 紋身、永久妝 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 神經刺激器 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 穿體飾物 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 胰島素或輸注泵 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 金屬碎片 (眼部、頭部、耳朵、皮膚) |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 植入式藥物輸注裝置 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 除褶整容或身體其他美容手術 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 脊柱融合刺激器 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 內部起搏導線 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 耳蝸、耳科類或耳內植入物 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 主動脈夾 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 組織擴張器 (乳房) | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 靜脈傘式裝置 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 假體 (眼/眶、陰莖等) | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 金屬或絲網植入物 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 由磁鐵固定的植入物 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 金屬縫線或手術縫合釘 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 人工心臟瓣膜 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | Harrington 棒 (脊柱) |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 義肢或人工關節 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 骨內金屬棒 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 其他體內或腦內植入物 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 骨/關節針、螺絲釘、釘、導線、板 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 電極 (位於身體、頭部或腦部) | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 假髮、局部假髮或植髮 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 血管內支架、過濾器或線圈 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 助聽器 (掃描前請取下) |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 分流管 (脊髓或腦室) | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 假牙 (掃描前請取下) |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 血管通路入口或導管 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 哮喘或呼吸疾病 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | Swan-Ganz 導管 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 癲癇發作或動作失調 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 藥膏 (掃描前請撕下) | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 幽閉恐懼症 |

進行磁力共振檢查之前，請摘下所有金屬物體，包括鑰匙、簪、髮夾、首飾、手錶、別針、回形針、錢夾、信用卡、鋼筆、硬幣、金屬鈕扣以及含金屬材質的衣物。

本人謹證明以上資料盡本人所知正確無誤。本人已閱讀並了解本表的內容，並且有機會就本表中的資訊及就本人即將接受的磁力共振程序提問。

填表人簽名 : _____ 日期 (日/月/年) : _____ / _____ / _____

填表人 : 受試者 其他 與受試者的關係 : _____

資料審核人 : 磁力共振技師 其他 簽名 : _____