

MRI検査問診票

患者氏名 _____ 作成日 _____ 年/ 月/ 日
身長 _____ cm 体重 _____ kg

安全にMRI検査を受けていただくために以下の質問についてお答えください。

- MRI検査を受けられたことがありますか。
 はい いいえ
はい、と答えられた方へ。どちらのご施設ですか。()
- 体内に次の器具を使用していますか。該当品には丸印を付けてください。
(心臓ペースメーカー・人工内耳・義眼)
 はい いいえ
- 手術等により次の金属が体内に入っていますか。該当品には丸印を付けてください。
(脳動脈瘤クリップ・心臓人工弁・心臓ステント・磁石利用型インプラント・人工関節)
 はい いいえ
- 上記(1. 2)以外に体内に金属はありますか。
 はい いいえ
はい、と答えられた方へ。どのような金属ですか。
()
- 今まで手術を受けられたことはありますか。
 はい いいえ
はい、と答えられた方へ。どのような手術ですか。
()
- 入れ墨やタトゥーはありますか。
 はい いいえ
- 取り外しのできる金属類、義歯、補聴器は使用されていますか。
 はい いいえ
- 体に張る薬(ニトロダーム、エレキバン、湿布薬など)は使用していますか。
 はい いいえ
- コンタクトレンズをされていますか。(されている方は収納ケースをお持ちください)
 はい いいえ
- 眼の中に事故やケガで金属が入った経験はありますか。
 はい いいえ
- これまでの職業歴で金属の加工、剪定のような作業歴はありますか。
 はい いいえ
- 閉所恐怖症(狭いところでじっとしてられない)はありますか。
 はい いいえ
- 女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか。
 はい いいえ

以上の事項を確認された上でMRI検査を受けられる方は下記にご本人様のお名前もしくは代筆をお書き下さい。

お名前 _____