**MRI検査　問診票**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| ID. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 氏 名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 生年月日　　　　　年　　　月　　　日 | | 性別　　男　・　女 |
| 施設名 | |  |

ご記入日

　　年　 　月　　 日

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問にお答えください。

また、ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ねください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ◎ | 安全に検査を行うために、現在の体重をご記入ください。 | 【　　　　　】kg | | 医師印 |
| 1. | MRI検査を受けるのは初めてですか。 | はい | いいえ |  |
| 2. | 以下のような医療機器は体内にありますか。（MRI非対応型は禁忌）   心臓ペースメーカー　　 ICD（埋め込み型除細動器）   人工内耳　　　 その他の医療機器（　　　　　　　　　） | はい | いいえ |  |
| 3. | 以下のような金属は体内にありますか。  　 脳動脈瘤クリップ　  VPシャント 　 人工心臓弁   ステント　  人工関節  薬物注入ポート　  置き針  　 眼窩内異物 　  その他の金属（　　　　　　　　　） | はい | いいえ |  |
| 4. | 磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。 | はい | いいえ |  |
| 5. | 入れ墨やアートメイクなどはありますか。 | はい | いいえ |  |
| 6. | 狭いところが苦手と感じたことはありますか。 | はい | いいえ |  |
| 7. | せき・痛み・しびれなどで、20分程度の静止が困難ですか。 | はい | いいえ |  |
| 8. | 女性の方へ、現在妊娠をしている可能性がありますか。 | はい | いいえ |  |
|  |  |  |  |  |
| ※ | 造影剤を使用する方のみ、以下の質問にお答えください。 |  |  |  |
| 9. | MRI用造影剤を使用したことがあり、使用後に具合が  悪くなったことはありますか。 | はい | いいえ |  |
| 10. | 喘息やアレルギーはありますか。 | はい | いいえ |  |
| 11. | 腎機能が悪い（腎不全）と言われたことはありますか。 | はい | いいえ |  |

確認者

◆ 当日は検査着に着替えていただき、以下のようなもの（金属類）を外してください。

 入れ歯　 補聴器　 湿布類　 エレキバン  ホッカイロ  経皮吸収ニトログリセリン製剤

 かつら　 義眼　 腕時計　 ネックレス　 ヘアピン　 指輪　 ピアス　 磁気カード類

 カラーコンタクト　 金属の付いている下着　 ヒートテックなどの保温性の高い下着

技師印

 コルセット　 心電図モニター　 磁気ブレスレット

H30.7.20

問診票記入後

外来にて保管

当日MRI室で保管