

# 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

	【 _____ 】 kg		
1. MRI 検査を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ	医師印
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 シヤント □ 人工心臓弁 □ スtent □ 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. <u>女性の方へ</u> 、現在妊娠をしている可能性がありますか。	はい	いいえ	
※ <u>造影剤を使用する方のみ</u> 、以下の質問にお答えください。			
9. 造影剤を使用して気分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	

◆ 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
- コルセット □ 心電図モニター □ 磁気ブレスレット

確認者

技師印

