

(スタッフ使用欄)

MRI 検査問診票

年	月	日	:
ID			
cm/	kg,	BP:	/

カナ氏名 _____ 様

MRI は非常に強力な磁石を利用した検査です。安全に検査を行うために、以下の質問にお答えください。

- (1) 心臓ペースメーカーを使用していますか？ はい ・ いいえ
- (2) 人工内耳を使用していますか？ はい ・ いいえ
- (3) 過去に手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

【“はい”とお答えの方のみ】 いつ頃どのような手術を受けられましたか？

いつ (年 月 頃)
どのような ()

- (4) 手術や針治療、外傷などで体の中に金属が入っていますか？ はい ・ いいえ

【“はい”とお答えの方のみ】 それは具体的にどのようなものですか？

手術クリップ・人工骨頭・人工関節・心臓人工弁・ステント・義眼・塞栓コイル・治療針・避妊用金属リング・その他 ()

- (5) 今までに MR 検査を受けられたことがありますか？ はい ・ いいえ

【“はい”とお答えの方のみ】 いつ頃この撮影を受けられましたか？

いつ (年 月 頃)
撮影部位 ()

- (6) 狭いところで気分が悪くなったこと(閉所恐怖症)がありますか？ はい ・ いいえ

- (7) 歯科用インプラントやマグネットタイプの入れ歯を使用していますか？
はい ・ いいえ

- (8) カラーコンタクトレンズを使用していますか？ はい ・ いいえ

- (9) 刺青やアートメイクをしていますか？ はい ・ いいえ

- (10)(女性のみ) 現在、妊娠中またはその可能性がありますか？ はい ・ いいえ

“検査前にはずしていただくもの”(別紙)を全てはずして頂けましたか？ はい ・ いいえ

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名 _____