

MRI問診票

ID: _____

氏名: _____

性別: 男 ・ 女

検査を安全に受けていただくために、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。

◎正確に検査を行うため、現在の体重をご記入ください。

【 kg】

	はい	いいえ
① MRI検査を受けたことがありますか。 ※はいと答えられた方は、いつ頃、どちらの病院で。 いつ頃:() どちらで:()	はい	いいえ
② 心臓ペースメーカーを使用していますか。(禁忌)	はい	いいえ
③ ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。(禁忌)	はい	いいえ
④ 人工内耳を使用していますか。(禁忌)	はい	いいえ
⑤ 脳動脈クリップを使用していますか。	はい	いいえ
⑥ 以下のようなものは体内にありますか。 ・VP(脳室-腹腔)シャント ・人工心臓弁 ・ステント ・人工肛門 ・薬物注入ポート ・置き針 ・眼窩内異物 ・その他金属()	はい	いいえ
⑦ 磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。	はい	いいえ
⑧ 入れ墨やアートメイクなどはありますか。	はい	いいえ
⑨ 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
⑩ せき・痛み・しびれなどで、30分程度の静止が困難ですか。	はい	いいえ
⑪ <u>女性の方へ</u> 、現在妊娠をしている可能性はありますか。	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。

	はい	いいえ
⑫ 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
⑬ 喘息やアレルギーはありますか。	はい	いいえ
⑭ 腎機能が悪い(腎不全)と言われたことがありますか。	はい	いいえ

※ 検査当日は、注意事項が多数ありますので、

お渡しする「MRI検査を受けられる方へ」を、お読みください。

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医: _____

サイン: _____

