

＜ MRI検査 問診票 ＞

患者名 _____ 様

検査日 _____ / _____ / _____

MR検査を安全にお受けいただく為に、以下の質問に正確にお答えください。
すべての項目の「ある」「なし」に○を付けてください。

1. 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)	ある	なし
2. 人工内耳	ある	なし
3. 脳室圧可変式バルブシャント	ある	なし
4. 妊婦、妊娠の可能性がある	ある	なし
5. 美容整形で埋め込まれた金糸	ある	なし
6. 埋込型心電図	ある	なし
7. 皮膚拡張期(ティッシュ・エキスパンダー)	ある	なし

※ 上記に当てはまる方は、当院では検査を受けることが出来ません。

8. 手術を受けたことがありますか	ある	なし	手術名 () 時期 ()
9. 脳動脈瘤クリップ	ある	なし	
10. 人工心臓弁	ある	なし	
11. シャントチューブ	ある	なし	
12. 心臓や血管内の金属物(ステント、コイル、人工血管、フィルターなど)	ある	なし	
13. 胆管、食道、気管などの金属ステント	ある	なし	
14. 人工関節・骨折治療用金属など	ある	なし	
15. 内視鏡止血用クリップ	ある	なし	
16. その他の金属	ある	なし	

※ 体内に「医療器具」や「金属」がある場合は、担当医に必ずお伝えください。

材質により検査を受けることが出来ない場合があります。

17. 刺青(アートメイク、タトゥーなど)	ある	なし
-----------------------	----	----

※ 変色、やけどの恐れがあるため、担当医に必ずお伝えください。

18. 閉所恐怖症	ある	なし
19. ケガなどによる金属片	ある	なし

※ 検査を受けることが出来ない場合があります。

20. 入れ歯(磁石式 部分 総入れ歯)	ある	なし
21. 補聴器	ある	なし
22. 義眼、カラーコンタクトレンズ	ある	なし
23. 貼り薬(ニコチンパッチ、ニトロパッチ、エレキバンなど)	ある	なし
24. 増毛パウダー(ミリオンヘアー、アートミクロンなど)	ある	なし

※ 破損、やけどの恐れがあるため、検査時に取り外します。

前回MR検査 _____ 年 _____ 月 _____ 体重 _____ Kg

問診確認者 _____ 氏名 _____

