

MRI 検査 問診票

患者氏名	記入日 年 月 日
検査ができない方	次に該当する方は、検査ができません。主治医に再度、相談してください。 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 可動型義眼 <input type="checkbox"/> 埋め込み型治療用電子機器 <input type="checkbox"/> 磁石を用いた医療器具 <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> リブレ（血糖測定器）

次の質問にお答えください	
① 過去に MRI の検査を受けたことがありますか？	いいえ・はい
② 手術などで体内に金属がありますか？	はい・いいえ
③ ②で「はい」とお答えの方、どんなものがありますか？ 種類（人工心臓弁、ステント、コイル、クリップ、人工関節、プレート、 部位（ ）、素材（ ） ※心臓ステントは留置後、2か月未満は検査できません。	※
④ 仕事や事故などで体内に金属片が残っていますか？	はい・いいえ
⑤ ④で「はい」とお答えの方、どんなものが残っていますか？ 部位（ ）、どんなもの（ ）	※
⑥ 差し歯、歯科矯正具、インプラントがありますか？ ※磁石式の場合は破損の可能性があります、検査ができません	はい・いいえ
⑦ 刺青、アートメイクをしていますか？ （火傷や、変色する可能性があります）	はい・いいえ
⑧ 義肢（義手や義足など）を装着していますか？	はい・いいえ
⑨ 閉所恐怖症、発汗障害、体温調整ができない、などの症状がありますか？	はい・いいえ
⑩ ☆30分程度かかります。その間、じっと静止ができますか？ （造影検査では1時間程度かかる可能性があります）	いいえ・はい
⑪ 女性のみお答えください。 妊娠していますか？または、その可能性がありますか？ ※妊娠4か月未満の方は検査できません	はい・いいえ

注意事項	<input type="checkbox"/> ヒートテックなどの保温下着の着用は控えてください。 低温火傷をする場合があります。 <input type="checkbox"/> 頭部検査の時、マスカラ、アイシャドウなどの化粧は控えてください。
右に挙げるものは、検査前に取り外していただきます。係員の指示に従ってください。 （故障、火傷などのケガ、検査の障害になるため）	時計 めがね カラーコンタクトレンズ 補聴器 ピアス ネックレス ヘアピン 入れ歯 かつら エレキバン コルセット カイロ 経皮吸収パッチ（ニトロ、ニコチン）

問診実施者指名 _____