

MRI 検査問診票

MRI 検査は強力な磁石の力を用いて行う検査です。

体の中に人工的な物や金属を入れておられる方が検査を受けると、磁石の力で

①体内装置が正常に作動しなくなる。②金属が引っ張られて移動する。③やけどをする。などのおそれがあります。安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答えください。手術部位や日付が分かる方は記入をお願いします。

1. 心臓ペースメーカー、除細動器を入れて 있습니까。()	いいえ・はい	
2. 神経刺激装置を入れて 있습니까。()	いいえ・はい	
3. 人工内耳を入れて 있습니까。()	いいえ・はい	
4. 補聴器を使用していますか。	いいえ・はい	
5. 義眼を入れて 있습니까。	いいえ・はい	
6. 眼や心臓など体内に金属片がありますか。(弾丸・鉄片など)	いいえ・はい	
7. 人工心臓弁を入れて 있습니까。()	いいえ・はい	
8. 脳動脈クリップを入れて 있습니까。()	いいえ・はい	
9. 消化管クリップを使用していますか。()	いいえ・はい	
10. 水頭症シャント (V-P シャント, V-A シャント, L-P シャント) を挿入していますか。	いいえ・はい	
11. 血管や消化管にステントを入れて 있습니까。()	いいえ・はい	
12. 人工関節や骨を固定する金属を入れて 있습니까。()	いいえ・はい	
13. 避妊用具 (リング) を入れて 있습니까。	いいえ・はい	
14. 磁気インプラント (歯科用) を入れて 있습니까。	いいえ・はい	
15. 入れ歯を使用していますか。	いいえ・はい	
16. カラーコンタクトレンズを使用していますか。	いいえ・はい	
17. 入れ墨、タトゥー、永久的なアイラインなどを入れて 있습니까。	いいえ・はい	
18. 貼り薬を使用していますか。 (ニトロダーム TTS、ニコチネル TTS、ホッカイロ、湿布など)	いいえ・はい	
19. 閉所恐怖症など狭いところが苦手ですか。	いいえ・はい	
20. (女性の方) 妊娠中もしくは妊娠している可能性がありますか。	いいえ・はい	
21. その他、気になること伝えておきたいことがあれば、お書きください。 []		
患者 ID :	患者氏名 :	記入者名 : (続柄)

依頼科 :	医師名 :
依頼日 :	依頼医署名または押印 :
検査日 :	放射線技師確認欄 :