

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 :