

MRI検査問診票

患者氏名 (歳)

検査日 年 月 日 体重 Kg

MR I 検査は、磁場（強力な磁石）の中に入って検査をおこないます。
安全に検査をすすめるため下記の項目についてご記入及び署名をお願いします。

★ どれかを○で囲んで下さい。

- 1、MRI検査を以前に受けたことがありますか。 ありの方はいつ頃受けられましたか。 (年頃) 又は (年前頃) ある ・ ない
- 2、心臓ペースメーカーを使用していますか。 ある ・ ない
- 3、胸に心臓の薬（ニトロダーム）を貼っていますか。 ある ・ ない
- 4、血管用クリップ・人工弁・血管ステント・VPシャント等の医療用金属体内にはいつていますか。 ある ・ ない
- 5、除細動器・神経刺激装置・骨成長刺激装置を使用していますか。 ある ・ ない
- 6、人工骨頭・人工関節等の金属が体内に存在しますか。 ある ・ ない
- 7、鼓室形成術・人工内耳を使用していますか。 ある ・ ない
- 8、補聴器を使用していますか。 ある ・ ない
- 9、義眼を使用していますか。 ある ・ ない
- 10、不整脈はありますか。 ある ・ ない
- 11、歯の治療でインプラント治療（磁性体材料使用）をされていますか。 ある ・ ない
- 12、手術歴の有無 ありの方は手術部位をご記入ください。 () ある ・ ない
- 13、入れ墨・アートメイク・マスカラはされていますか。 ある ・ ない
- 14、閉所恐怖症ではありませんか。 ある ・ ない
- 15、現在、妊娠の可能性はありますか。 ある ・ ない ・ 不明
- 16、その他の金属（針治療の針 等）はありますか。あればご記入ください。 ()
- 17、鉄鋼関係の仕事をされた事がありますか？ ある ・ ない
あるの方は、いつ頃ですか？ (年)
- 18、毛髪に直接振りかける製剤を使用していますか？ はい いいえ
使用されている方は、当日は使用しないでください。
- 19、血糖値測定器（freestyleリブレなど）を使用していますか？ はい いいえ

※ 当日は

白髪染めスプレー・かつら・カラーコンタクトレンズ・マスカラ アイシャドウ等の化粧品、機能性肌着（インナーの下着）・カイロ・湿布 パワーアンクル等は火傷の可能性がありますのでご使用はご遠慮ください。

年 月 日

科 確認医師名

患者様署名