

MR I 検査問診票

年 月 日

ふりがな	生年月日	年	月	日 () 歳
氏名	造影剤	無	有	同意書 <input type="checkbox"/>

安全にMRI検査を行うため、下記の項目について該当するもの☑印をつけてください。

必ずいずれかにチェックを入れてください(記載なき場合、検査できません)

本人が記入できない場合は、付き添いの方に記入してもらってください。

	はい	いいえ
今までにMRI検査を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
今までに手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「はい」と答えられた方は具体的に記入してください。 ()		

⚠以下の項目に当てはまる方は検査を受けることができません。

	はい	いいえ
心臓ペースメーカー・除細動器を埋め込んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工内耳・中耳・神経刺激装置・マグネット式義眼・乳腺エキスパンダーを使用している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1964年以前の人工心臓弁がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
妊娠13週未満・妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⚠以下の項目に当てはまる方は検査を受けられない場合があります。

	はい	手術日
脳動脈クリップがある	<input type="checkbox"/>	年 月
脳室シャントがある	<input type="checkbox"/>	年 月
血管内コイル・ステント、胆管・食道・気管に金属ステントがある	<input type="checkbox"/>	年 月
人工関節・骨折治療用金属がある	<input type="checkbox"/>	年 月
内視鏡止血用クリップがある	<input type="checkbox"/>	年 月
歯科矯正	<input type="checkbox"/>	
刺青(アートメイク)がある	<input type="checkbox"/>	
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	

⚠ 身体に金属を身につけていませんか？(取り外し完了で☑印をつけてください)

<input type="checkbox"/> 入れ歯・インプラント	<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ
<input type="checkbox"/> エクステ・ウィッグ	<input type="checkbox"/> 義肢・義足	<input type="checkbox"/> カイロ
<input type="checkbox"/> 増毛パウダー・スプレー	<input type="checkbox"/> リブレ	<input type="checkbox"/> 保温用下着
<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> マスカラ・つけまつげ	<input type="checkbox"/> ジェル・マグネットネイル
<input type="checkbox"/> 指輪・ピアス・時計・ネックレス		
<input type="checkbox"/> 貼り薬(ニトロパッチ・ニコチンパッチ・エレキバン・ニュープロパッチ・ノルスパンテープ)		

確認チェック