

| | | MRI 検査問診表 | |
|--|-----|-----------------------|---------------------------------|
| | | *安全な検査を行う為に必ずご記入ください* | |
| | | 身長: _____ cm | 体重: _____ kg |
| MR検査を受けたことがありますか？ | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 閉所恐怖症ですか？ | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 手術をしたことがありますか？ | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 【あり】の方は、手術内容を記入してください (例 ○年△月 □□病院 冠動脈ステント術) | | | |
| | ① | ② | ③ |
| 手術日 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
| 病院名 | | | |
| 内容 | | | |
| 【 I 】 MRI検査が行えない体内金属です | | | |
| ペースメーカー | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 人工内耳 | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 神経刺激装置 | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 【 II 】 体内金属のMRI 適応を確認する必要があります | | | |
| 心臓の人工弁 | | 【 あり ・ なし 】 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 |
| 血管内ステント | | 【 あり ・ なし 】 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 |
| 脳動脈クリップ | | 【 あり ・ なし 】 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 |
| 整形外科的金属 | | 【 あり ・ なし 】 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 |
| 内視鏡(止血、ポリープ切除)後のクリップ | | 【 あり ・ なし 】 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 |
| 上記以外で、体内に金属が入っていますか？ | | 【 あり ・ なし 】 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 |
| 【 III 】 MRI検査前に取り外していただきます (検査当日はできるだけお化粧をせずに、装飾品なども着用しないようお願い致します) | | | |
| 入れ歯・磁石式義歯 | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 補聴器 | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 経皮吸収型貼付薬 | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 湿布・貼り薬・エレキバン・カイロ | | 【 あり ・ なし 】 | |
| かつら・エクステ・ヘアピン | | 【 あり ・ なし 】 | |
| コンタクトレンズ(カラーコンタクトも含む) | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 目のメイクアップ用品(マスカラ、ラメ等) | | 【 あり ・ なし 】 | |
| ネイルアート・つけ爪・マニキュア | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 義眼 | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 装具(義足など) | | 【 あり ・ なし 】 | |
| DIBキャップ(磁石式の導尿用カテーテル用キャップ) | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 【 IV 】 変色・発熱の可能性がありますが 担当技師にご確認ください | | | |
| 刺青(入れ墨)またはアートメイク(眉毛入れ墨) | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 【 V 】 胎児の安全性について不明確なので当院では検査は行えません(女性の方のみお答え下さい) | | | |
| 妊娠中、または妊娠をしている可能性はありますか？ | | 【 あり ・ なし 】 | |
| 記入年月日: 年 月 日 お名前[| |]様 | |
| 上記問診を確認した上でMRI検査を行います | | 確認印 | |
| その他不明な点がございましたら、担当技師にご確認ください。 | | かしま病院MRI 検査室 | |