

# MRI検査 問診票

ID: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_

性別: \_\_\_\_\_

ご記入日

年 月 日

検査を安全にお受け頂くため、以下の質問にお答えください。  
また、ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ねください。

1. MRI検査を受けるのは初めてですか。	はい	いいえ
2. 心臓ペースメーカーを使用していますか。(MRI非対応型は禁忌)	はい	いいえ
3. ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。(禁忌)	はい	いいえ
4. 人工内耳を使用していますか。(禁忌)	はい	いいえ
5. 脳動脈瘤クリップを使用していますか。	はい	いいえ
6. 以下のようなものは体内にありますか。	はい	いいえ
・VPシャント ・人工心臓弁 ・ステント ・人工関節 ・置き針		
・薬物注入ポート ・眼窩内異物 ・避妊リング		
・その他の金属( )		
7. 磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。	はい	いいえ
8. 入れ墨やアートメイクなどはありますか。	はい	いいえ
9. てんかんの既往歴はありますか。	はい	いいえ
10. 心臓の病気の既往歴はありますか。	はい	いいえ
11. 狭いところが苦手と感じたことはありますか。	はい	いいえ
12. せき・痛み・しびれなどで、20分程度の静止が困難ですか。	はい	いいえ
13. <u>女性の方へ</u> 、現在妊娠をしている可能性はありますか。	はい	いいえ

確認者

◆当日は検査着に着替えていただき、以下のようなもの(金属類)を外してください。

- ・入れ歯 ・補聴器 ・湿布類 ・エレキバン ・ホッカイロ ・かつら ・義眼
- ・経皮吸収ニトログリセリン製剤 ・腕時計 ・ネックレス ・ヘアピン ・指輪
- ・ピアス ・磁気カード類 ・カラーコンタクト ・金属の付いている下着
- ・ヒートテックなどの保湿性の高い下着 ・コルセット ・心電図モニター
- ・増毛スプレー・増毛パウダー

技師印