



# 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. 尿道カテーテルは入っていますか。(マグネットキャップ式は交換)	はい	いいえ
7. 以下のようなものは体内にありますか。		
・VPシャント ・人工心臓弁 ・ステント ・人工関節 ・置き針	はい	いいえ
・薬物注入ポート ・眼窩内異物 ・避妊リング		
・その他の金属( )		
8. 磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。	はい	いいえ
9. 入れ墨やアートメイクなどはありますか。	はい	いいえ
10. てんかんの既往歴はありますか。	はい	いいえ
11. 心臓の病気の既往歴はありますか。	はい	いいえ
12. 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
13. 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
14. 女性の方△、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