

MRI 検査問診票

安全に検査を行うためにご協力をお願いします。

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 年齢(_____ 歳) 体重 (_____ k g)

★当院でMRI検査を受けたことがある。 (いいえ・はい)

他院で受けたことがある (いつ頃 _____ 年 _____ 月)

★手術を受けたことがある。 (いいえ・はい)

いつ頃・どこの手術ですか (_____)

★体内に以下のような金属、電子機器がある。

・心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器 (いいえ・はい)

・人工内耳、神経刺激装置などの電子機器 (いいえ・はい)

・脳動脈クリップ (くも膜下出血の手術) (いいえ・はい)

・脳室シャント (水頭症の手術) (いいえ・はい)

・内視鏡で胃や腸のクリップがある。 (いいえ・はい)

・その他、体内に金属がある。 (いいえ・はい)

どこに・何がありますか (_____)

★以下の金属、人工物を身に着けている。

・義手、義足、義眼 (いいえ・はい)

・入れ歯、磁石を利用した義歯 (いいえ・はい)

・補聴器 (いいえ・はい)

・カラーコンタクト (いいえ・はい)

・貼り薬、エレキバン、カイロ (いいえ・はい)

・基本、検査着に着替えます。金具のついた服、保温下着 (ヒートテックなど) は脱いで下さい。金属類・磁気カード・駐車券など貴重品はロッカーに入れてください。

★刺青、タトゥー、アートメイクがある。 (いいえ・はい)

(成分により火傷や色調変化の起こる可能性があります)

★女性の方へ：妊娠または妊娠の可能性がある。 (いいえ・はい)

●造影検査をする方のみお答えください。

・喘息・アレルギーがある。 (いいえ・はい)

・以前、造影剤で気分が悪くなったことがある。 (いいえ・はい)

・女性の方へ：授乳中である。 (いいえ・はい)

(検査後24時間、授乳は避けて下さい。)