

MRI 検査問診票

MRI 検査を安全にお受けいただくために以下の問診にお答え下さい。

- | | | | |
|----|---------------------|---|---|
| 1、 | 心臓ペースメーカー | 有 | 無 |
| 2、 | 人工内耳などの体内電子装置 | 有 | 無 |
| 3、 | 脳動脈瘤クリップ（頭の手術） | 有 | 無 |
| 4、 | 人工心臓弁 | 有 | 無 |
| 5、 | 銃弾や鉄片などの外傷の既往 | 有 | 無 |
| 6、 | 妊娠あるいは妊娠の可能性 | 有 | 無 |
| 7、 | 貼り薬（ニトロダーム及び磁気治療器等） | 有 | 無 |

通常の湿布薬は問題ありません

- | | | | |
|----|-------|---|---|
| 8、 | 閉所恐怖症 | 有 | 無 |
|----|-------|---|---|

- 9、 以下の金属や異物が体内にあれば で囲んで下さい。

人工骨頭・関節、手術クリップ、ワイヤー、磁石を利用した義歯・義眼、
治療の針、避妊リング、入れ墨、その他（ ）

- 11、 以下のものは前室にて外してください。

時計、磁気カード（キャッシュカード・クレジットカード・テレフォン
カードなど）、入れ歯、携帯電話、補聴器、ライター、カイロ、指輪、
財布、鍵類、かつら、メガネ、ベルト、金属の付いた下着、
その他心配な装着品はご質問ください。

問診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 氏名 _____

依頼医療機関名 _____

医療者確認署名 _____