

MRI 検査 問診票

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

カルテ ID: _____

氏名: _____ 様 性別: 男・女 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 体重: _____ kg

電話番号(携帯): _____ 保護者氏名(18歳未満): _____ 様

-----検査を安全に受けて頂くために以下の質問に対して答えを○で囲んで下さい。-----

① 今まで MRI 検査を受けたことがありますか？	あり ・ なし
② 閉所恐怖症(狭い空間に入るのが苦手)がありますか？	あり ・ なし
③ 心臓ペースメーカーや植え込み式除細動器、または人工内耳がありますか？(禁忌)	あり ・ なし
④ 手術や事故などで身体の中に金属が入っていますか？	あり ・ なし
<p>※上記の④で「あり」とお答えの方のみ具体的にご記入下さい。</p> <p>・いつ頃入れられましたか？(_____ 年 _____ 月)</p> <p>・どこに入れてますか？(_____)</p> <p>・以下の該当するものに○を囲んで下さい。なければその他にご記入下さい。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 脳動脈クリップ、人工心臓弁、人工関節、プレートやボルト、避妊リング、心臓や血管内の金属、 金属ステント、消化管クリップ、脊柱管内リード線、金属片(銃弾破片・鉄片)、体内電子装置、脳内シャント その他(_____) </div>	
⑤ 刺青・タトゥーがありますか？	あり ・ なし
⑥ 口腔内に何かありますか？該当するものに○を囲んで下さい。 (入れ歯、インプラント、歯列矯正器具)	あり ・ なし
⑦ (女性の方へ)妊娠中または妊娠の可能性はありますか？	あり ・ なし
⑧ 検査についてご不明な点がありましたら、ご記入下さい。	

以下の物は検査前に必ず取り外して来て下さい。

・補聴器 ・ヘアピン ・ピアス ・ネックレス ・指輪 ・コルセット

・ネイル全般 ・サポータや装具類 ・シップ類 ・カラーコンタクトレンズ

・鍼(はり)治療の針 ・カイロ ・ヒートテック