

MRI検査問診票

記入日 年 月 日

MR検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください。
尚、この問診票は検査当日にお持ちいただき、MRI検査担当技師にお渡しください。

本人氏名	(歳)	男 ・ 女	体重:	kg
* 本人以外の方が記入される場合には代理記入者の氏名及び続柄も記入してください。				
代理記入者氏名	(続柄:)			

1 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、心電図レコーダ、人工内耳はありますか？	はい	いいえ
* 1の質問に『はい』と答えた方は当院ではMRI検査を受けられません。以後の質問には回答不要です。		
2 今までにMRI検査を受けたことはありますか？ (年 月頃 病院で)	はい	いいえ わからない
3 閉所恐怖症はありますか？	はい	いいえ わからない
4 手術または外傷などにより身体の中に金属が入っていますか？ いつ頃： 病院名： 名称： (例) 脳動脈クリップ、 神経刺激装置、 水頭症手術後のシャント 人工心臓弁、 ステンツ、 コイル、 人工関節、 人工骨頭 整形外科インプラント、 板金作業での鉄片など	はい	いいえ わからない
5 以下に記すものを身に着けている(入れている)方は○で囲んでください 入歯 補聴器 義眼 義手 義足 湿布(白色) エレキバン カイロ 金属を含む貼付薬(ニトロダーム、ニコチネル) 自己血糖測定器(リブレ等) 尿道カテーテル 避妊リング ヒートテック いれずみ(タトゥー) カラーコンタクト マグネットネイル		
6 その他上記にないが身体に入っている(着けてる)医療機械等がありますか？ 名称：	はい	いいえ
7 妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ わからない

----- 以下は当院で記入します -----

上記を確認しました	確認日:	年	月	日
	担当者氏名:	(職種:)		