

# MRI 検査問診票

ID : \_\_\_\_\_

検査日時

氏名 \_\_\_\_\_ 様

A M / P M \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ :

検査項目 \_\_\_\_\_

身長/体重 \_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg

1	<b>心臓ペースメーカー・植え込み式除細動器</b> をつけていますか？ →はいの方 MRI ( 対応 ・ 非対応 ) (※非対応の方はMRIを受けられません)	はい・いいえ
2	<b>手術</b> を受けたことがありますか？	はい・いいえ
3	体内に <b>金属 or 電子装置</b> 、体表に <b>持続血糖測定器等</b> がありますか？ →はいの方 その後、MRI 検査を受けたことがありますか？ どのような金属、または装置ですか？(具体的に: _____ ) いつ、どこで手術をされましたか？( _____ 年 _____ 月頃) (場所: _____ )	はい・いいえ はい・いいえ

確認日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 確認医師: \_\_\_\_\_

チェック者サイン( \_\_\_\_\_ )

4	怪我や事故、金属を扱う仕事などにより <b>金属片・金属粉が体内</b> に入っている可能性がありますか？(脳や眼球などの決定臓器にある場合受けられません)	はい・いいえ
5	<b>刺青やアートメイク</b> がありますか？(火傷・変色する可能性があります)	はい・いいえ
6	<b>被弾</b> されたことはありますか？(検査が受けられません)	はい・いいえ
7	<b>義歯(インプラント)、入れ歯</b> などはありますか？ (磁石式は検査が受けられるか確認が必要です)	はい・いいえ
8	<b>心臓の薬・湿布等</b> を体に貼っていますか？ (火傷の可能性があるため検査前には剥がして頂きます)	はい・いいえ
9	<b>アイメイク(アイシャドウ・マスカラ)</b> をしていますか？ (検査当日は落としてきてください)	はい・いいえ
10	<b>カラーコンタクトレンズ</b> を使用していますか？ (検査当日は着用しないでください)	はい・いいえ
11	現在、 <b>妊娠</b> している、もしくは <b>妊娠の可能性</b> はありますか？ (原則、検査が受けられません)	はい・いいえ
12	<b>閉所恐怖症</b> (狭い所が苦手、息苦しくなる)の経験がありますか？	はい・いいえ
13	長時間(30-60分)同じ <b>姿勢を維持</b> することができますか？	はい・いいえ