

MRI 検査問診票

カナ _____ 生年月日 _____

氏名 _____ 様 性別 男 ・ 女 _____

MRI 検査を安全に行うために以下の質問にお答え下さい。

1. 心臓ペースメーカー・刺激電極・人工内耳・義眼・MRI 非対応脳動脈クリップが体内にありますか？
【 はい ・ いいえ 】

2. 手術や針治療、外傷などで身体の中に金属が入っていますか？
【 はい ・ いいえ 】

※「はい」と答えた方

いつ頃から金属が入っていますか？ 【 _____ 】

身体の中のどの部分に入っていますか？ 【 _____ 】

どんな金属が入っていますか【手術クリップ、人工関節、プレート、針、ステント、避妊用金属リング】

その他の金属 【 _____ 】

3. 義歯やインプラントをしていますか？ 【 はい ・ いいえ 】

4. 刺青（いれずみ）・タトゥーはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

5. 閉所恐怖症など狭いところが苦手ですか？ 【 はい ・ いいえ 】

6. 金属を含む貼り薬を貼っていますか？ 【 はい ・ いいえ 】
(ニトロダーム・ノルspanテープ・ニコチンパッチなど)

7. 体重をお聞かせ下さい。 【 _____ k g 】

8. 女性の方のみお答え下さい。妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか？
【 はい ・ いいえ 】