

MRI 検査問診票(院外用)

安全に検査を受けていただくために以下の質問にお答えください。ご不明な点はお尋ねください。

1. 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？ はい いいえ

2. 体内に以下の医療用電子機器・金属がある方は当院では MRI 検査できません。

あてはまるものを○で囲んでください。

- ・ 該当なし
- ・ 人工内耳 ・ 水頭症治療用シャント(圧可変式バブルシャント) ・ 脳深部刺激装置
- ・ 脊髄刺激装置 ・ 可動性義眼(磁石式) ・ 眼窩内金属片

3. 上記以外で体内・外に医療用電子機器・金属がありますか？あてはまるものを○で囲んでください。

- ・ 該当なし
- ・ 心臓ペースメーカー等 ・ 脳動脈瘤クリップ ・ 内視鏡止血用クリップ ・ 胆管用ステント
- ・ 冠動脈ステント ・ 血管内ステント/コイル/フィルター ・ 人工血管 ・ 心臓人工弁
- ・ 整形外科手術による器具 ・ 義眼 ・ 義歯 ・ 歯科矯正 ・ 義手 ・ 義足
- ・ ストーマ ・ 避妊リング
- ・ その他()

※検査当日の注意点、検査室に持ち込めない物があります。

別紙[MRI 検査を受けられる方へ]をご覧ください。

4. 刺青・アートメイク・ジェルネイル・マグネットネイルをされていますか？ はい いいえ

(ジェルネイル・マグネットネイルは事前に除去すれば検査可能です)

5. 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ

6. 女性の方へ質問です。

・ 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ

「はい」と答えられた方は、妊娠何週目ですか？

(週目)

・ 授乳中ですか？ はい いいえ

造影剤投与や前処置に関して以下の質問にお答えください。

7. 現在、透析を受けていますか？ はい いいえ

8. 腎機能障害があると言われたことはありますか？ はい いいえ

9. 気管支ぜんそくと言われたことはありますか？ はい いいえ

10. アレルギー体質と言われたことはありますか？ はい いいえ

11. MRI 用造影剤を使用した経験はありますか？ はい いいえ

12. MRI 用造影剤を使用して気分が悪くなったことはありますか？ はい いいえ

「はい」と答えられた方は、該当するものがあれば○で囲んでください。

- ・ 発疹 ・ かゆみ ・ 吐き気 ・ 頭痛 ・ その他()

13. 心臓疾患がありますか？ はい いいえ

14. 貧血治療のため鉄剤及び鉄サプリメントを服用していますか？ はい いいえ

15. 体重をご記入ください。 _____ kg

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名(署名) _____

代理人氏名(署名) _____ (続柄 _____)

代理人署名の方はこちらにご記入ください