

MRI 検査問診票

患者 ID:

入院年月日:

フリガナ:

患者氏名:

性別:

年齢:

生年月日:

検査を安全に受けていただくため、下記の質問にたいして「はい・いいえ」にチェックをしてください

① 以下のような体内留置装置、金属はありますか？ ※はいの場合、検査を受けることが出来ません

☐ はい（体内留置装置に✓をしてください）

☐ いいえ

☐ 心臓ペースメーカー ☐ 植込み型除細動器（ICD）

☐ 圧可変式バルブシャント（脳シャント）

☐ 人工内耳 ☐ 神経刺激装置などの体内電子装置

☐ 可動性義眼 ☐ スワングアンツカテーテル

☐ イレズミ（アートメイク）

② 現在妊娠している可能性はありますか？（女性の方のみ）

☐ はい

☐ いいえ

③ 手術等で体内に金属が入っていますか？ ※はいの場合検査を受けることが出来ない場合があります

☐ はい（体内に入っている金属に ✓ してください）

☐ いいえ

☐ 脳動脈クリップ（ ）年 ☐ ステント

☐ 心臓人工弁（ ）年 ☐ 人工骨頭

☐ インスリンポンプ・持続グルコース測定器

☐ 入れ歯・歯科用インプラント ☐ その他金属（ ）

④ 暗くて狭い空間に入るのは苦手ですか？（閉所恐怖症）

☐ はい

☐ いいえ

⑤ あおむけで寝るのはつらいですか？（約 20 分～30 分）

☐ はい

☐ いいえ

*現在、身につけているものに ✓ を入れてください

☐ 時計 ☐ 携帯電話 ☐ 車のキー ☐ 磁気カード（クレジットカード等） ☐ 補聴器 ☐ 貴金属

☐ ヘアピン ☐ かつら ☐ ピアス ☐ カラーコンタクト ☐ 湿布 ☐ カイロ ☐ エレキバンなど

☐ 貼付剤（ニトロ・ニコチネル・ノルспан・ニュープロパッチ）

※金属類や磁気の影響を受けやすいものは、MRI 室に持ち込まないでください。

壊れたり、使用できなくなった場合は当院では保証しかねます。

上記について十分理解した上で、MRI 検査を受けることに同意します。

年 月 日

名前（本人または代理人）

医療法人 朗源会 おおくま病院