



MRI 検査問診票

令和 年 月 日

| | | | | | |
|------|------|--|---------------|--|--------------|
| 患者氏名 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 (歳) | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 体重 kg |
|------|------|--|---------------|--|--------------|

検査を安全に行うため、該当する項目に☑をつけてお答えください
 ※本人が記入できない場合は、付き添いの方に記入してもらってください。

| | | |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| いままでに MRI 検査を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| いままでに手術をしたことがありますか | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 「はい」と答えられた方は具体的に記入してください。 () | | |

●以下の項目に当てはまる方は検査を受けることができません。

- 心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器がある
- 人工内耳・皮膚拡張器・神経刺激装置・可動式義眼（マグネット式）がある方
- 1970 年以前の人工心臓弁がある
- 妊娠の可能性または妊娠 16 週未満

●以下の項目に当てはまる方は検査を受けられない場合があります。

| | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップがある ※材質の確認必要 | (手術年月: 年 月) |
| <input type="checkbox"/> 脳室シャントがある ※他院の場合は要確認: 検査後に流量調整が必要な場合がある | |
| <input type="checkbox"/> 血管内コイル・ステントがある ※留置 4 週間以内は不可 | (手術年月: 年 月) |
| <input type="checkbox"/> 胆管・食道・気管などの金属ステントがある ※材質の確認必要 | |
| <input type="checkbox"/> 胃管チューブを留置している ※材質の確認必要 | |
| <input type="checkbox"/> 人工関節・骨折治療用金属がある | |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡止血用クリップがある | (手術年月: 年 月) |
| <input type="checkbox"/> その他の金属が体内にある | |
| <input type="checkbox"/> 歯科矯正をしている ※頭頸部検査の場合、画像に影響が出る場合がある | |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 | |
| <input type="checkbox"/> 刺青（アートメイク）をしている ※熱を帯びることがある | |

体内に金属はありません

●以下のようなものを身に付けていませんか？検査前に取り外します。

| | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 義歯（磁石式・部分・総入れ歯） | <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ |
| <input type="checkbox"/> ウィッグ（かつら） | <input type="checkbox"/> ヘアピン | <input type="checkbox"/> 時計 |
| <input type="checkbox"/> 鍼の治療針 | <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル | <input type="checkbox"/> カイロ |
| <input type="checkbox"/> コルセット | <input type="checkbox"/> 義肢・義足 | <input type="checkbox"/> 保湿機能下着 |
| <input type="checkbox"/> 貼り薬（ニコチンパッチ・ニトロパッチ・エレキバンなど） | | |
| <input type="checkbox"/> 増毛スプレー（ミリオンヘアー・アートミクロンなど） | | |

質問に対するお問い合わせ

☎ (082) 254-1818 (代) 内線 / 2015・2021

月～金曜日

8:30～17:15