ＭＲＩ問診票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者様氏名 |  | |
| 生年月日 | Ｍ，Ｔ，Ｓ，Ｈ | 年　月　日 |
| 性別 | 男　・　女 | |

ＭＲＩ検査を安全に受けていただくため、以下の質問事項にお答え下さい。

はい、いいえのどちらかに○印をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| はい | いいえ | 記載日 | 平成 | 年　　月　　日 | | | |
|  |  | 今までにＭＲＩ検査を受けたことがありますか。 | | | | | |
| 『はい』と答えた方　〔　当院　・　他院 | | | 平成 | 年　　　　月頃　〕 | |
|  |  | 検査中（約30～60分）安静が保てますか。 | | | | |  |
|  |  | 心臓ペースメーカーを使用している | | | | | 検査できません |
|  |  | 脳動脈瘤・内視鏡検査などの金属クリップによる  治療をしている。 | | | | | 検査できない場合があります |
|  |  | 今までに手術を受けて体内に金属が入っている  （心臓人工弁、人工骨頭・関節、ステントなど） | | | | | 検査できない場合があります |
|  |  | 戦争や事故で体内に金属が埋まっている | | | | | 検査できない場合があります　　　　　　稀に金属が動く場合があります |
|  |  | 針や避妊リングが埋まっている | | | | | 稀に金属が動く事があります |
|  |  | 刺青・アートメイクをしている。（アイシャドー等も） | | | | | 稀に熱を帯びたり、滲んだりする事があります |
|  |  | （女性の方のみ）  妊娠または、妊娠されている可能性のある方 | | | | | 胎児への安全性は、確立されていません |
|  |  | 取り外し可能な義歯を入れている | | | | | 検査時ははずして頂きます |
|  |  | 義眼を入れている | | | | | 稀に金属が動く事があります |
|  |  | 不整脈やてんかんと言われた事がある | | | | | 造影時は主治医とご相談下さい |
|  |  | 補聴器を使用している | | | | | 検査時ははずして頂きます |
|  |  | 狭い空間が苦手（閉所恐怖症）ですか | | | | | 検査できない場合があります |

問診は以上です。ご協力ありがとうございました。

　　　　　　　　　　医師名