

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 _____