

MRI 検査問診票

氏名： _____ 様 性別：男・女 生年月日： _____ 年 月 日生

MRI 検査は磁場と電磁波を利用し、身体の断面や血管等を撮影する検査です。
体内に心臓ペースメーカーなどの精密電子機器類や、金属などが存在するとそれらに悪影響を及ぼし、不慮の事故が起こる可能性があります。検査を安全に行うためにも以下の質問にお答え下さい。

- 1.心臓ペースメーカーを装着されていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 2.人工内耳・人工心臓弁が入っていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 3.体内に電子精密機器を装着されていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 4.今までに手術、カテーテル検査を受けましたか？ (はい・いいえ・不明)
- 5.食道や胆管にステントが入っていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 6.血管内にステント・クリップ・フィルターが入っていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 7.人工関節、人工骨頭が入っていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 8.磁石で取り外しのできる義歯、義眼がありますか？ (はい・いいえ・不明)
- 9.義手、義足を装着されていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 10.顔（特に目の中）や身体の中に金属片が入っていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 11.被弾されたことがありますか？ (はい・いいえ・不明)
- 12.眉やまぶた、身体に入れ墨をいれていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 13.現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ・不明)
- 14.アイメイク（アイシャドー・マスカラ）をしていますか？ (はい・いいえ・不明)
- 15.閉所恐怖症（狭いところが苦手、息苦しくなる）ことがありますか (はい・いいえ・不明)
- 16.長時間（30分～40分）同じ姿勢を維持することができますか？ (はい・いいえ・不明)
- 17.コンタクトレンズを使用していますか？ (はい・いいえ・不明)

MRI 検査について説明を受け、必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名 _____ (代理人 _____)

- ※ 不明な点があれば担当者へお尋ね下さい。また検査当日は担当者の指示に従って下さい。
- ※ 問診の結果によっては、安全性を考え検査を中止することがあります。