

MRI 検査問診票

氏名 _____ 様 性別 (_____) 生年月日 _____ 年 月 日
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・脳室シャントチューブが入っていますか? (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. 増毛スプレー・増毛パウダーを使用していますか? (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。

_____ 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。