

# MR I 検査問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生  
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. カラーコンタクトレンズを使用していますか? ( はい・いいえ・不明 )
18. ニトロガム(経皮吸収型狭心症治療剤)を使用していますか? ( はい・いいえ・不明 )
19. 持続血糖測定器(リブレ等)を使用していますか? ( はい・いいえ・不明 )
20. 現在の身長と体重を記入してください。 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

※ 必ず記入してください。

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。