

MRI検査問診票

医療機関名			
医師名			
患者氏名		様	
生年月日:T・S・H・R 年 月 日			
身長	cm	記入日	記入者
体重	kg	年 月 日	続柄

●この検査は強力な磁石と電波を使って体内を撮影します。

★安全に検査を受けていただくために、次の質問にお答え下さい。

- 1.30分程度静止した状態を保てますか？ はい・ いいえ
- 2.今までにMRI検査を受けたことがありますか？ 有(いつ)・ 無
- 3.閉所恐怖症 有・ 無
- 4.心臓ペースメーカー 体内神経刺激装置 除細動器 シヤントチューブ
骨成長刺激装置 体内自動徐細動器 人工内耳 シヤントバルブ
電氣的、磁氣的もしくは機械的に動作する体内埋め込み物
神経刺激装置(深部脳刺激装置)、移植蝸牛刺激装置など
- 5.刺青(いれずみ)・タトゥー ・美容刺青(パーマネントアイライン)など
アイライン・マスカラ等をしていますか？
- 6.はり薬(経皮吸収剤 ニトログリセリン製剤、ニコチン製剤など) 有・ 無
- 7.磁石で固定するタイプの差歯
(歯根(口腔内)に**磁石** 有の場合は撮影できません。) 有・ 無
- 8.手術を受けたことがありますか？(有の方は9へ) 有・ 無
- 9.手術により体内に金属が入っていますか？ 有・ 無
脳動脈クリップ、人工心臓弁、ステント、鼓室形成術
人工骨頭、人工関節、塞栓用コイル、脳室シヤントチューブ
プレート、スクリュー、義眼、義手、義足、など
- 10.コンタクトレンズ、補聴器(有の場合は原則として外して検査します。) 有・ 無
- 11.事故、戦争、けが、針治療などで体内に金属が入っていますか？ 有・ 無
どこに何が
- 12.最近、内視鏡を受け、止血などのためのクリップを使用しましたか？またその可能性はありますか？ 有・ 無
どこに何が
- 13.現在妊娠している可能性がありますか？(原則として検査できません) 有・ 無

MRI検査禁忌

有・ 無
有の場合は撮影できません。
(発熱・移動・故障等の危険性があります。)

有・ 無
有の場合は当病院では医師と相談させていただきます。(発熱・やけど・退色・等の危険性があります。)

どこに

何が

上記5・7・9・11・12の方は検査がうけられない場合があります。

★ 以下のものは検査に影響したり故障の恐れがあります。検査前に取り外して下さい。
ピアス めがね 時計 磁気カード 入れ歯 指輪などの貴金属類(宝飾品) 携帯電話 エレキバン カイロ
コルセット ベルト アイシャドウ マスカラ つけまつげ 金属糸の入った衣類下着 カツラ 貼り薬(ニトロ
ダーム ニコチネル)置き針 等 検査当日はできるだけ、化粧はしないで来院して下さい。