

# MRI検査問診票

ホームページから印刷できます。CT MRI BMD依頼より

医師①	医師②	説明担当 ①	説明担当 ②

ID番号	検査日 年 月 日 ( )
氏名(カタカナ) 様	検査開始予定時刻
生年月日:T・S・H 年 月 日 男・女	午前・午後 時 分より
**撮影時に必要です。 身長 <input type="text"/> cm 体重 <input type="text"/> kg	記入日 年 月 日 *記入者名(患者名) 本人以外が記載した場合(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。

**\* (わからない事があれば、主治医、看護師、放射線技師にお尋ねください。)**

- 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.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  
心臓ペースメーカ 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  
神経刺激装置(深部脳刺激装置)、移植蝸牛刺激装置など  
血糖モニタシステム(撮影前に外して撮影可能です。)
- 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。)
- 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？  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。)
- 6.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  有・ 無
- 8.手術により体内に金属が入っていますか？(MRI対応確認が必要)  
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、スクリュウ、義眼、義手、義足、など  有・ 無  
どこに  
何が  
撮影できない事があります。
- 9.コンタクトレンズ 補聴器  有・ 無  
(有の場合は原則として外して検査します。)
- 10.事故、戦争、怪我などで体内に金属が入っていますか？  有(何が )・ 無
- 11.現在妊娠している可能性がありますか？  有・ 無

●以下のものは検査に影響したり故障する恐れがあります。検査前に取り外して下さい。

ピアス めがね 時計 財布 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 金属糸の入った衣類下着 かつら  
貼り薬(ニトロダーム ニコチネルなど) など