MRI問診票

検査日　　　平成　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ID |  | 身長  ｃｍ | 体重  　　　　kg |
| 氏名 | ふりがな | 男　・　女 | 生年月日  昭・平　　年　　月　　日 |
|  |

1. ＭＲI検査を受けるのは初めてですか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ
2. 今までに手術を受けたことがありますか　　　　　　　　 　　　　　 はい　・　いいえ

「はい」の方へ、次の物が体内へ入っていますか

　　　　　・心臓ペースメーカー

　　　　　・心臓人工弁

　　　　　・脳内動脈瘤クリップ

　　　　　・人工関節→部位名（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　・クリップ・ステント・シャントチューブ等

　　　　　・人口内耳・人口耳小骨

　　　　　・義眼・眼窩内金属

　　　　　・その他→手術名（　　　　　　　　　　　　　）

３．入れ歯、補聴器をしていますか　　　　　　　　　　　　　　 　はい　・　いいえ

４．義眼、義肢をしていますか　　　　　　　　　　 　　　　　　　はい　・　いいえ

５．カラーコンタクトをしていますか　　　　　　　　　　　　　　 はい　・　いいえ

６．入れ墨やアートメイクはありますか　　　　　　　　　　　　　 はい　・　いいえ

７．狭いところが苦手と感じたことはありますか　　　　　　　　　 はい　・　いいえ

８．身体を30分程度、静止することは可能ですか　　 　　　　　　はい　・　いいえ

９．金属加工（鉄工所等）関係の作業につかれたことはありますか　　　　　　　 はい　・　いいえ

　　　※「はい」の方へ

　　　　　金属片が眼に入っている可能性、またはその心配がありますか

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　はい　・　いいえ

10．別紙「MRI検査を受けられる方へ」を読んでいただけましたか 　はい　・　いいえ

　　※女性の方に質問です。

11．現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか　　　　 　はい　・　いいえ

医師記入欄

|  |
| --- |
| 体内金属がある場合、MRI撮影が可能である　　　　　　　 　はい　・　いいえ  問診の結果、MRI撮影が可能である　　　　　　　　 　　　　はい　・　いいえ  　　　 医師署名： |