

MRI 問診票

検査日 平成 年 月 日

ID		身長 c m	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）関係の作業につかさ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： _____	