

# MRI 検査 を受けられる方へ (問診票)

(患者様名 \_\_\_\_\_)

MRI は強い磁石や電波を使い検査を行います。検査を安全に受けていただくため、以下の質問にお答え下さい。

- 今までに MRI 検査を受けたことがありますか? はい・いいえ

ある方・・・いつ頃ですか? ( 1 年以内 5 年以内 それ以前 不明 )  
どこで受けられましたか? ( 当院 他の医療機関 )

## 次に該当される方は 検査ができません

- 次の器具を使用していますか? 該当するものに○をつけて下さい はい・いいえ

(心臓ペースメーカー・体内電気刺激装置・人工内耳)

※MRI 対応ペースメーカーでも当院では検査できません

- (女性の方のみ) 現在 妊娠あるいは 妊娠の可能性がありますか? はい・いいえ

## 次に該当される方は 検査ができない場合があります

- 脳動脈瘤の手術を受けたことがありますか? はい・いいえ

(はいの場合、 年 月ごろ 病院にて手術)

- 眼の中に小さな金属片が入っている可能性がありますか? はい・いいえ

(金属の研磨をする仕事の経験がありますか?)

- 手術や事故(戦争を含む)などで体内に金属が入っていますか? はい・いいえ

(例: 骨折部位プレート、手術用クリップ、人工関節、心臓人工弁、金属ステント、避妊用金属リング、注射用ポート 等)

- 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい。

- 義歯 (入れ歯)      • 補聴器      • かつら (ウイッグ・増毛パウダー)
- カラーコンタクトレンズ      • 経皮吸収パッチ (ニコチンパッチ、ニトログリセリンパッチ等)
- 医療器具 (義手、義足・尿路用カテーテル、DIB 磁力キャップ等)

- パーマネントアイライン や 刺青(いれずみ) をされていますか? はい・いいえ

(刺青がある部位や範囲により検査ができない場合があります)

- 狹いところは苦手ですか? (閉所恐怖症ですか?) はい・いいえ

ご協力ありがとうございました。記入に間違いが無ければ御署名をして職員にお渡し下さい。

年 月 日

本人、又は代理署名

\*未成年の場合は保護者の署名

代筆者 (続柄)

技師チェック