

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（ウィッグ・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）
- 狭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