

MRI検査 を受けられる方へ（問診票）

患者ID：

患者氏名：

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○をつけてください 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

※条件付きMRI対応仙骨神経刺激装置の場合、当院では検査可能です

ただしごく稀に装置植え込み部位に不快感および装置に不具合が生じるおそれがあります

- （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

）

大島病院 放射線科(MRI室)

技師チェック

2026.07