

MRI 検査問診票

お名前 _____

記入日 年 月 日

MRI 検査をスムーズに進め、検査結果を正しく判断し、
安全に検査を実施するため次の質問にお答えください。

1	以前に MRI 検査を受けられたことがありますか？	はい	いいえ
2	あお向けに寝て、30分くらい静止できますか？	はい	いいえ
3	狭いところや暗いところでの安静が保てますか？	はい	いいえ
4	手術を受けられたことがありますか？ ・はいと答えた方はお答えください それはいつですか？ () どの部位ですか？ ()		いいえ
5	心臓ペースメーカー、人工内耳を使用していますか？	はい	いいえ
6	体内に金属は入っていますか？ ・はいと答えた方はお答えください。 心臓ステント、心臓人工弁、脳動脈クリップ、 人工骨頭、人工関節、V-P シヤント、金属プレート、 その他 ()	はい	いいえ
7	お仕事などで頭や体の表面に金属粉などが付着している可能性 はありますか？	はい	いいえ
8	補聴器をしていますか？	はい	いいえ
9	置き針（針治療で皮膚に埋め込んでいる針）、耳つぼダイエット の針はありますか？	はい	いいえ
10	次の中で使用しているものがありますか？あれば○を付けてください 入れ歯、磁力固定の入れ歯、インプラント、差し歯、歯列矯正、ブリッジ		
11	身体に貼り薬（エレキバン、湿布、心臓の薬など）を貼っていますか？	はい	いいえ
12	義眼、義手、義足はありますか？	はい	いいえ
13	カラーコンタクトを使用していますか？	はい	いいえ
14	つけまつ毛を付けていますか？	はい	いいえ
15	かつら、ウイッグ、エクステを付けていますか？	はい	いいえ
16	体などに刺青（タトゥー）、アートメイクをしていますか？	はい	いいえ
17	女性の方のみお答えください。 現在、妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ

ご協力ありがとうございました。

----- 医師使用欄 -----

上記問診を確認した上で

MRI 検査

可

不可

確認医師