

# 単純MRI検査 問診票

検査(予約)日時	年
月 日 ( )	:

ID

カタカナ氏名

およその体重

生年月日 年 月 日 歳 性別 男 女

kg

**予約・診察時** 本人以外の場合記入者⇒( )

MRI検査を受けたことがありますか。 はい いいえ

狭い所が苦手と感じたことはありますか。 なし 不明 ある

1 体内に以下の医療用の金属、機器、人工物はありますか。**「ある」の場合は不可**

心臓ペースメーカー(対応型はok) なし ok **ある**

ICD(埋め込み型除細動器) なし **ある**

人工心臓弁(非磁性体はok) なし ok **ある**

脳動脈瘤クリップ(非磁性体はok) なし ok **ある**

人工内耳 なし **ある**

2 その他の体内異物はありますか。(非磁性体はok) なし ok **ある**

**「ある」の方はMRI検査可の確認をお願いします。** ステント(部位 年前)

VPシャント 薬剤注入ポート 人工関節 眼窩内異物 その他(部位 材質 )

3 **磁石を使った入れ歯・義眼**がありますか。 なし ある

「ある」の方、ゆるくなったり変形する可能性があります。 了承 **了承しない**

4 入れ墨やアートメイクがありますか。 なし ある

「ある」の方、やけどや変色の恐れがあります。 了承 **了承しない**

( ) **予約の女性の方へ、当日妊娠または妊娠の可能性がある場合は検査できません** 了承 **了承しない**

年 月 日 担当医師の確認サイン

【予約の場合は指示をお願いします】 詳しい撮像内容は約束プロトコルの一覧にあります。

頭MRI+A+VSRAD 頭MRI+A +T2SAG +SWI 頭(頭痛) 頭(めまい) 頭(外傷) 頭(急性期)  
 頸部MRA 頸椎 腰椎 肩関節 R L 膝関節 R L

**検査前** 義手、義足 コンタクトレンズ 補聴器 入れ歯 めがね 時計など

化粧 指輪・ピアス・ネックレス等のアクセサリー ベルト 携帯電話 エレキバン

カイロ 湿布・ニトロダーム等の貼り薬

身に着けた上記のようなものは外しましたか。 はい

( ) **女性の方へ、妊娠または妊娠の可能性**がありますか。 **はい** いいえ

MRI検査はX線被曝のない体に優しい検査ですが、手術等により体内に精密機械や金属が存在するとそれらの誤作動、移動や発熱により不慮の事故が起こる恐れがあります。今一度ご確認いただき、ご了解いただけましたら下記にご署名をお願いします。

検査を受けられる本人または代筆者の署名

本人との関係

年 月 日

( )