

MRI 検査問診票

氏名		体重		kg
----	--	----	--	----

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。ご不明な点は医師もしくは看護師にお尋ねください。

1. 今までに MRI 検査を受けたことがありますか	はい	いいえ
「はい」と答えた方 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 (年 月頃)		
2. 体内に以下のような、医療用金属、機器、人工物はありますか		
① 心臓ペースメーカー、植込み型除細動器 (ICD) 植込み型心電図	あり	なし
② 水頭症による圧可変式シャントバルブ (脳室シャント、V-P シャント)	あり	なし
③ 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置	あり	なし
④ 脊髄刺激装置、脊髄管内リード線	あり	なし
①から④に「あり」がある場合、MRI 禁忌事項の為、当院で検査が行えません。		
⑤ 脳動脈クリップ (くも膜下出血の手術、MRI 対応の物も含めて)	あり	なし
⑥ 心臓や血管内の金属・人工物 (ステント、コイル、フィルター、人工血管、人工弁、リード線等) 「あり」の方 <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 心臓ステント (肝動脈) <input type="checkbox"/> その他 ()	あり	なし
⑦ 血管外科の金属ステント (気管・食道・胆管など)	あり	なし
⑧ 消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ	あり	なし
⑨ 磁石を利用した義歯、義眼 (吸着力低下の恐れあり)	あり	なし
⑩ アートメイク (火傷など、目に影響を及ぼす場合あり)	あり	なし
⑪ その他、体内に金属はありますか ()	あり	なし
⑤～⑪が「あり」がある場合、検査可能か処置をされた医療機関に必ずご確認ください。 ※検査が受けられない可能性もございます。 確認をした医療機関 (機関名:)		
3. 体内に外傷による金属片 (鉄片、弾丸等) がありますか。 「あり」 の場合は身体に影響を及ぼす場合もある為、当院での検査は不可です。	はい	いいえ
4. 金属を浴びる職業 (鉄鋼関係、研磨関係等) ですか。 「はい」 の場合、頭髮に 鉄粉 が付着している可能性もあるので洗髪をお願いします。	はい	いいえ
5. 刺青、タトゥーを入れていますか。 「はい」 の場合、火傷、色落ちの可能性もあります。	はい	いいえ
6. 貼り薬をしていますか。 ニトゲム (心臓薬)、ルソパントール (疼痛治療薬) ニコチル (禁煙補助薬)、ニューロパッチ (パーキンソン治療薬) 等は検査前に外していただきます。	はい	いいえ
7. 閉所恐怖症 (狭いところ) は苦手ですか。	はい	いいえ
8. 妊娠中 (可能性) ですか。 「はい」 の方は妊娠初期の安全性は確立しておりませんので検査不可です。	はい	いいえ
9. 以下の金属類や人工物類を付けていましたら○をお付けください。 補聴器 ・ 義眼 ・ 義足 ・ 義手 ・ ウィッグ ・ 体内置き針 ・ 入れ歯 ・ △ コルセット・コンタクトレンズ・インプラント ※△ 以外は検査前に外します。		
10. 持込めないものの確認は 予約票の「検査前の注意事項」 をご確認ください。		