

MRI検査問診票

記入日 年 月 日

MR検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください。

尚、この問診票は検査当日にお持ちいただき、MRI検査担当技師にお渡しください。

本人氏名 (歳) 男・女 体重: kg

*本人以外の方が記入される場合には代理記入者の氏名及び続柄も記入してください。

代理記入者氏名 (続柄:)

質問事項	回答欄		
1 今までにMRI検査を受けたことはありますか？ (年 月頃 病院で)	はい	いいえ	わからない
*MRI検査中に具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	わからない
2 狭い所に入って気分が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ	わからない
3 体内に埋めこんでいる電子装置はありますか？ 例:心臓ペースメーカー、人工内耳、神経刺激装置など	はい	いいえ	わからない
4 手術または外傷などにより身体の中に金属が入っていますか？ いつ頃 病院名 金属名 例:脳動脈クリップ、水頭症手術後のシャント、ステント、コイル、 人工関節、整形外科インプラント、歯科用インプラント、 避妊用金属リング、板金作業での鉄片など	はい	いいえ	わからない
5 入れ歯はしていますか？	はい	いいえ	わからない
6 補聴器はしていますか？	はい	いいえ	わからない
7 妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ	わからない
8 以下に記すものを身に着けている(入れている)方は○で囲んでください カラーコンタクト 義眼 義手 義足 はり治療の針 いれずみ(タトゥー) カイロ エレキバン 湿布 金属を含む貼付薬(ニトロダーム、ニコチネル) 尿道カテーテル			
9 腹部・骨盤の検査を受ける方で、以下の疾患があれば○で囲んでください 緑内障 心臓病 前立腺肥大 ブスコパン過敏症 消化管穿孔			

注意:質問事項3に『はい』『わからない』と答えた方はMRI検査を受けられません。

:質問事項4.7.8に『はい』『わからない』または該当される方はMRI検査を受けられない可能性があります。
検査前にお問い合わせ下さい。

----- 以下は当院で記入します -----

上記を確認しました。 確認日: 年 月 日

担当者氏名: (職種:)