

MRI検査問診票

氏名

様

検査日

年

月

日

検査時刻

時

分

MRI 検査を安全に行なうための問診表です。

必要事項をご記入の上、検査当日に MRI 室にご提出下さい。

◎下記の該当項目が有る場合 MRI 検査を行えません。担当医師に連絡して下さい。

- ペースメーカーを装着していますか いいえ はい
- VP シヤント、LP シヤントを挿入していますか いいえ はい
- 電氣的または機械的に作動する体内埋め込み機器を装着していますか いいえ はい
- 人工内耳をされていますか いいえ はい
- 歯茎に埋め込まれている部分に磁石を使用したインプラントを埋め込んでいますか
..... いいえ はい

◎下記に該当項目がある場合は、検査が出来ない場合があります。

- 頭部その他手術の既往がありますか いいえ はい
手術の時期と内容()
- 事故、怪我、戦争などにより、体の中に金属片が残っていますか いいえ はい
金属の内容()
- 眉やまぶたなども含め、身体に入れ墨がありますか いいえ はい
- 閉所恐怖症ですか いいえ はい
- (女性のみ)妊娠中または妊娠の可能性がありますか いいえ はい

◎下記の該当項目がある場合、検査前に取り外して頂きます。

- 取り外しのできる義歯、インプラント、義眼を装着していますか いいえ はい
- 補聴器を装着していますか いいえ はい
- 血糖測定装置(デクスコム、リブレなど)を装着していますか いいえ はい
- カラーコンタクトを装着していますか いいえ はい
- 鉄分を含む装飾品(ネイル、つけまつげ、マスカラ、増毛パウダー)をつけていますか
..... いいえ はい
- ニトログリセリン貼り付け製剤を貼っていますか いいえ はい
- かつらを装着していますか いいえ はい