

# MRI 検査問診票

2018年3月 改訂

ID		男・女	<input type="checkbox"/> 初回
氏名	様	歳	<input type="checkbox"/> 2回目以降
質 問 事 項		回 答 欄	
1	心臓ペースメーカーを入れていますか。	はい	いいえ
2	心臓人工弁置換術をしていますか。	はい	いいえ
3	手術クリップはありますか。 (はいの場合：部位 )	はい	いいえ
4	人工骨頭、または人工関節置換術をしていますか。 (はいの場合：部位 )	はい	いいえ
5	その他の体内金属はありますか。 (はいの場合：部位 )	はい	いいえ
6	マグネット式インプラント(義歯)はありますか。	はい	歯科医確認 済み いいえ
7	義眼を入れていますか。	はい	いいえ
8	閉所恐怖症・狭所恐怖症はありますか。	はい	いいえ
9	てんかんやひきつけを起こすことがありますか。	はい	いいえ
10	体動を静止できますか。(仰向け30分以上)	出来ない	出来る
11	妊娠していますか。(～3ヶ月までは不可) (はいの場合：妊娠 ヶ月)	はい	いいえ
12	次のものがありますか。	入れ歯・補聴器・人工内耳・カラーコンタクト・入れ墨	

(問診票 記入日： \_\_\_\_\_ 記入者 \_\_\_\_\_ )

検査の実施 (可能・不可) \_\_\_\_\_ ( 記入者 \_\_\_\_\_ )

検査の実施日 \_\_\_\_\_