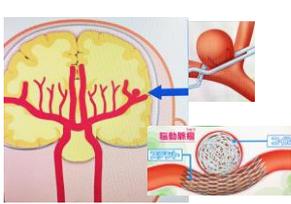


# MRI 検査問診票

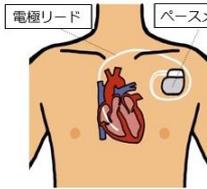
必要事項を記入またはチェックをお願いします

ID: \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

- ① 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？  はい 当院・他院  いいえ
- ②  下記該当項目なし



脳動脈瘤クリップ



電極リード

ペースメーカー

ペースメーカー

コイル

埋め込み型除細動器

人口内耳・中耳

心臓人口弁 ※1970 年以前



可動型・金属使用の義眼

スワンガンツカテーテル

目の金属片

神経伝達・刺激装置

カラーコンタクト

(取り外して検査可能)

ステント ※術後 2 週間以内



緑内障 ※術後 2 週間以内

消化管止血クリップ

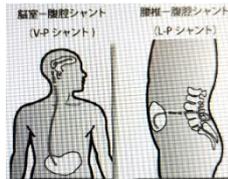


磁石式の入れ歯

※歯茎側に磁石植込み

圧可変式シャントバルブ

注入ポンプ



脳室シャント

腰椎シャント

**該当がある場合は検査を受けることができない場合があります**

③ その他、体内に金属・異物等がある場合は記入してください どこに 何が

④ 30～60 分程度同じ姿勢を保つことができますか？  できない  できる

⑤ 暗くて狭い空間に入るのが苦手ですか？ (閉所恐怖症)  はい  いいえ

⑥ 入れ墨やアートメイクがありますか？  はい  いいえ

⑦ (女性の方のみ) 妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか？  はい  いいえ

⑧ 以下の項目に該当があれば  印をお願いします。

- ・補聴器・髪染めスプレー・かつら・ヘアピン・ピアス・ネックレス・金属装飾品・マスカラ
- ・アイシャドウ・入れ歯・持続血糖測定センサー (リブレ等)・イレウス管・義手・義足・湿布
- ・カイロ・貼り薬・DIB キャップ・機能的肌着 (ヒートテック等)・時計・携帯電話・車の鍵
- ・磁気カード (クレジットカード等)

以上の項目については、安全に検査を行うため MRI 室に持ち込めないもので、取り外して頂きます  
 ※取り外せるものについてはあらかじめ使用を避け、検査前に外しておくようにお願いします  
 また誤って持ち込んで壊れたり、使用できなくなったりした場合は当院では保証しかねます

MRI 検査の問診内容の確認	年 月 日
上記について十分理解した上で、MRI 検査を受けます	
署名 (本人または代理人) _____	

担当者確認欄
年 月 日