

MRI検査を受ける方への問診票

検査予約日

お名前

(体重 kg)

安全に検査を受けていただくため、以下の質問にお答え下さい。

- 1 MRI検査を受けたことがありますか？ (はい: 年 月頃・ いいえ)
- 2 過去に手術を受けましたか？ (はい: 年頃、何の手術: ・ いいえ)
- 3 体の中に精密機械が入っていますか？
- ・心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器 (はい ・ いいえ)
 - ・人工内耳 (はい ・ いいえ)
 - ・その他 ()
- 4 手術や治療で体の中に入っているものはありますか？
- ・頭(脳動脈瘤クリップ、コイル、シャントなど) (はい: 年頃・ いいえ)
 - ・心臓(人工弁、ステントなど) (はい: 年頃・ いいえ)
 - ・血管(ステント、コイルなど) (はい: 年頃・ いいえ)
 - ・人工関節、人工骨頭、歯インプラント、歯科矯正器具 (はい: 年頃・ いいえ)
 - ・消化管、胆道(ステント、クリップなど) (はい: 年頃・ いいえ)
 - ・薬剤注入用ポート (はい: 年頃・ いいえ)
 - ・ストーマ、尿道カテーテル (はい ・ いいえ)
- 5 内視鏡(胃・大腸カメラ)でポリープ、早期がん、出血など治療を受けたことがありますか？ (はい: 年 月頃・ いいえ)
- 6 カプセル型内視鏡を飲んだことはありますか？ (はい: 年 月頃・ いいえ)
- 7 次のなかで現在身に着けているものはありますか？
- ・義歯、取り外せる入れ歯 (はい ・ いいえ)
「はい」の方、磁石でつけるものですか？ (はい ・ いいえ)
 - ・補聴器、義肢(義手、義足)、義眼 (はい ・ いいえ)
 - ・血糖測定器、インシュリンポンプ (はい ・ いいえ)
 - ・かつらなど着脱可能な頭髪、白髪染めスプレー、増毛スプレー、付けまつげ、マスカラ (はい ・ いいえ)
 - ・カラーコンタクトレンズ(ディファインを含む) (はい ・ いいえ)
 - ・カイロ、貼り薬、磁石付き絆創膏(ピップエレキバンなど) (はい :何ですか ・ いいえ)
- 8 仕事や事故等で体の中(目や皮下を含む)に金属が入ったことはありますか？
(はい:いつ頃 、どこに 、材質 ・ いいえ)
- 9 入れ墨、タトゥー、アートメイク、金糸を入れていますか？ (はい ・ いいえ)
- 10 狭い場所は苦手(閉所恐怖症)ですか？ (はい ・ いいえ)
- 11 女性の方へ
- ・妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか？授乳中ですか？ (妊娠中 ・ 授乳中 ・ いいえ)
 - ・妊娠中の方へ:
渡された「妊娠中のMRI検査について」の説明書を読んだ上で、検査を受けることを了解しましたか？
(はい ・ いいえ)
 - ・婦人科で子宮内に医療器具は入れていますか？ (はい ・ いいえ)

ご記入日 年 月 日

放射線技師最終確認欄