

ID MRI 問診票 検査日 年 月 日

氏名

以下の項目について明確に記入してください。

- | | |
|---------------------------------|----------|
| ※ 心臓ペースメーカーを使用していますか？ | はい ・ いいえ |
| ※ 頭部の動脈瘤の手術を受けたことがありますか？ | はい ・ いいえ |

※ 上記の質問に該当する人は MRI 検査が受けられません。

・頭の手術（動脈瘤以外）を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
・心臓の手術（弁置換術及びステント等）をしたことがありますか？	はい ・ いいえ
・身体の中に手術などにより金属がはいっていますか？	はい ・ いいえ
・目や身体の中に手術以外により金属がはいっていますか？	はい ・ いいえ
・女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか？	はい ・ いいえ
・カラーコンタクトを付けていますか？	はい ・ いいえ
・刺青等がありますか？	はい ・ いいえ

※ 上記の質問に該当する人は MRI 検査が受けられない可能性がありますので
必ず医師または看護師に申し出てください。

・喘息（ぜんそく）にかかったことがありますか？	はい・ いいえ
・発疹・ジンマシン・花粉症などアレルギーを起こしやすい体質ですか？	はい・ いいえ
・薬物でアレルギーをおこしたり、薬物過敏症といわれたことがありますか	はい・ いいえ

※ 上記の質問に該当する人は 造影検査が受けられない可能性がありますので
必ず医師または看護師に申し出てください。

- | | |
|------------------------------------|---------|
| ・今まで MRI の検査をうけたことがありますか？ | はい・ いいえ |
| ・取り外しのできる入れ歯、補聴器をしていますか？ | はい・ いいえ |
| ・閉所恐怖症（狭いところに長時間じっとしてられない）ですか？ | はい・ いいえ |
| ・心臓の病気（狭心症・不整脈など）があると言われたことがありますか？ | はい・ いいえ |

※ 問診記入者(本人) _____

代理人 _____

※ 確認者 医師（看護師） _____