

患者ID
氏 名
生年月日
性 別

MRI検査に関する問診票

【注】MRI造影検査を実施する場合、説明医師は、別紙「MRI造影検査に関する問診票・同意書」にて説明・問診を行い、同意を確認のうえ本紙とあわせて提出してください。

この検査は強力な磁石と電波を使用し、体の中を撮影します。安全・確実に検査を実施するため、以下の質問にお答えください。

1. 今までにMRI検査を受けたことがありますか。 ☐ いいえ ☐ はい
2. 心臓ペースメーカーを装着していますか。 ☐ いいえ ☐ はい
3. 人工内耳を装着していますか。 ☐ いいえ ☐ はい
4. 手術やカテーテル治療で金属が体内に入っていますか。 ☐ いいえ ☐ はい

※「はい」とお答えの方のみご回答ください。

金属の内容：脳動脈クリップ・動脈ステント・心臓人工弁・人工関節・義眼
圧力可変式バルブ付きVPシャント・避妊用金属リング・その他（ ）

5. 磁石を利用した入れ歯をしていますか。 ☐ いいえ ☐ はい

※「はい」とお答えの方のみご回答ください。

検査を行うと、磁石の低下や緩みを起こす可能性があります。検査に同意しますか。

☐ いいえ ☐ はい

6. 刺青（タトゥー）がある。 ☐ いいえ ☐ はい

※「はい」とお答えの方のみご回答ください。

検査を行うと、火傷や変色を起こす可能性があります。検査に同意しますか。

☐ いいえ ☐ はい

7. 体外装着型の医療機器（リブレセンサー・その他）を装着していますか。 ☐ いいえ ☐ はい

8. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか。 ☐ いいえ ☐ はい

9. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか。 ☐ いいえ ☐ はい

10. 現在の体重を教えてください。 【 】 kg

11. 金属加工作業（板金・旋盤）に従事している、または戦争・交通事故における外傷の経験がありますか。
☐ いいえ ☐ はい

検査時の注意

1. 身につけているものは全て外してください。
補聴器、入れ歯、ヘアピン、アクセサリ、エレキバン、カイロ、金属入りの下着等
2. アイシャドー、マスカラ、アイライン等は、火傷する可能性がありますので使用せず来院ください。
*安全確保のため、検査前に化粧を落としていただいたり、ヘアパウダー（白髪、薄毛隠し）等の製品をご使用の方は、部位によっては検査出来ない場合もありますのでご了承ください。
3. カラーコンタクトレンズは外してください。
4. 貼り薬、ニトロダーム、ニコチンパッチなどは、火傷する可能性がありますので外してください。
5. 撮影中は、大きな音が発生します。
6. 検査中は、スタッフへの連絡用ボタンをお渡しいたします。



J 0 0 0 8 5 1 1 1 K R 0 6 A C 1 0 9 6 0 4 F 4 C 5 1 2 2 0 2 5 0 6 2 0 0 9 3 7 3 7 0 4 0 1