

# MRI 検査問診表

作成日 年 月 日

(6ヶ月又は入院期間中 有効)

保険 社(本・家)・国保・後・自賠・労・自費・生

カルテNo.

氏 名

生年月日

指示日

- 当院でMRIを受けたことがありますか (はい・いいえ)
- 前回の問診以降、手術を受けたり金属が入ったりなど **お変わりありませんか** (はい・いいえ)

- 今までに他院でMRIを受けられたことがありますか (はい・いいえ)
- 閉所恐怖症ですか (はい・いいえ)
- <女性の方> 現在妊娠中、または妊娠の疑いがありますか (はい・いいえ)
- 心臓の病気(狭心症)や不整脈があると言われたことがありますか (はい・いいえ)
- 気管支喘息の治療中または、気管支喘息にかかったことがありますか (はい・いいえ)
- 今までに手術を受けられたことがありますか (はい・いいえ)

<手術名>

- 身体の中に以下のようなもの(金属類)があると言われたことがありますか (はい・いいえ)  
あてはまるものに チェック☑ して下さい。

(手術によるもの)

- 心臓ペースメーカー
- 人工内耳
- 人工骨頭
- カテーテル
- クリップ
- プレート
- 義眼

(手術以外のもの)

- 眼鏡
- 補聴器
- 義歯(取り外し:可 / 不可)  
磁石式:同意書記入
- ピアス
- 入れ墨→同意書記入
- 貼るカイロなど
- 鍼治療等による置き鍼
- カラーコンタクト(はずせる準備をお願いします)
- 金属製避妊具(女性)
- 交通事故やけがによる金属破片
- 貼り薬  
(ニコチンパッチ、ニトロダーム)

- 上記以外のもので身体の中に入っている物があれば、下記にご記入お願い致します。

<その他>

※ 検査中、『コンコン』など大きな音がなります。  
耳栓を50円(税別)で販売しております。ご希望の方は、撮影時にお渡しいたします。

担当医師 \_\_\_\_\_

担当看護師 \_\_\_\_\_

担当技師 \_\_\_\_\_

患者署名 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg