

MR I 問診票

記入日 20 年 月 日

MR I 検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答え下さい

氏名 _____ 体重 _____ kg
本人以外が記載した場合(氏名続柄: _____)

1) 体内に以下のような**医療による金属類、機械、人工的なもの**がありますか

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器	いいえ	はい
人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	いいえ	はい
脊柱管内リード線、脊髄刺激装置	いいえ	はい
脳動脈瘤クリップ(クモ膜下出血の手術にて)	いいえ (手術	はい 年頃)
心臓や血管内の金属類、人工物 (リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど)	いいえ	はい
人工心臓弁	いいえ (手術	はい 年頃)
圧可変式バルブシャント(脳室シャント:水頭症の手術にて)	いいえ	はい
消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ	いいえ	はい
人工骨頭、人工関節、釘など(整形外科の手術にて)	いいえ (部位	はい)
胆管、食道、気管などの金属ステント(内側から拵げているもの)	いいえ (部位	はい)
2) 体内に 外傷による金属片(銃弾破片や鉄片など) がありますか	いいえ (部位	はい)

3) 以下の“**金属類や人工的なもの**”を身につけていれば、○で囲んで下さい

補聴器 義眼 義足 義手 磁石を利用した義歯（磁気インプラント）

金属のついた義歯 歯列矯正器具 コルセット 鍼（はり）治療の針

上記の1－3)以外に何か金属類、機械、人工的なものがあればご記入下さい

()

- 4) 刺青（イレズミ）・タトゥーがありますか？ いいえ はい
- 5) コンタクトレンズを使用していますか？ いいえ はい
- 6) 貼り薬を貼っていますか？（湿布類） いいえ はい
- 7) 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？（女性のみ） いいえ はい
- 8) 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい
- 9) 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ いいえ はい

放射線科医記入

上記問診事項について確認しました。

平成 年 月 日 放射線科医 _____

検査時の指示／注意点など

特になし

あり

()