

# 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
心臓の薬(βブロッカー)を飲んでいますか? お薬の名前( )	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) (手術 年頃)	いいえ	はい
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 (手術 年頃)	いいえ	はい
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) (部位 )	いいえ	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) (部位 )	いいえ	はい
2) 体内に <b>外傷による金属片(銃弾破片や鉄片など)</b> がありますか (部位 )	いいえ	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

( )