

# MRI検査問診票

平成 年 月 日

検査を安全に実施するために、以下の項目にお答えください。

フリガナ		生年月日	T・S・H	年	月	日
患者氏名			( )歳	(男・女)		

1.手術後1か月以内ですか？ 「はい」の場合、検査を受けることができません。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2.医療機器を使用していますか？ 「はい」の場合、検査を受けることができません。  <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 除細動器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 <input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置 <input type="checkbox"/> スワングアンツカテーテル <input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ <input type="checkbox"/> ループレコーダー <input type="checkbox"/> CGMS	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3.手術や針治療、外傷などで身体の中に金属が入っていますか？ 「はい」の場合、MRI検査が可能かどうか事前にご確認ください。  <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ・コイル <input type="checkbox"/> 脳室シャントチューブ <input type="checkbox"/> 冠動脈ステント <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 手術クリップ <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 脊椎固定具 <input type="checkbox"/> 置き針 <input type="checkbox"/> 子宮リング <input type="checkbox"/> 磁気インプラント <input type="checkbox"/> 強磁性体の破片 <input type="checkbox"/> 刺青 <input type="checkbox"/> 他( ) 部位 ( ) 材質 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4.妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5.閉所恐怖症はありませんか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

\* 下記のものは、装置の故障または人体に危険を及ぼす可能性がありますので、検査前に外していただきます。

コンタクトレンズ・補聴器・眼鏡・義歯(磁石脱着式義歯・マグフィット等を含む)・かつら・アイシャドウ  
 マスカラ・ポマード・コルセット・義肢・杖・時計・財布・小銭・鍵・携帯電話・電子機器・カイロ・湿布・  
 磁気治療器・貴金属(ピアス類・ネックレス・指輪など)・ヘア装飾品(ヘアピン・ベルトなど)・  
 ライター・ペン

依頼医師署名

上記の内容を確認しました。



聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 放射線科 画像診断部  
 〒241-0811 横浜市旭区矢指町1197-1  
 TEL:045-366-1111(代表) FAX:045-366-8434