

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"/> スワンガンツカテーテル <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 <small>(皮下連続式グルコース測定システム)</small>	<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を対応した医療機関に事前にご確認ください。 <u><input type="checkbox"/>MRI可</u> <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すか？	<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 ・眼鏡 ・義眼 ・義歯(磁石脱着式義歯・マグフィット等を含む) ・補聴器 ・かつら ・ウィッグ
 ヘアエクステンション ・ヘア装飾品(ヘアピン・バレッタなど) ・ポマード ・アイシャドウ ・マスカラ ・ベルト
 ホックやファスナーなどの金属がついた衣料や下着 ・赤外線、保温性が非常に高い衣類 ・コルセット ・杖
 義肢用品 ・時計 ・財布 ・小銭 ・通帳 ・鍵 ・携帯電話 ・電子機器 ・カイロ ・湿布、その他の貼付治療薬
 金属含有の軟膏類 ・貴金属(ピアス類、ネックレス、指輪など) ・磁気治療器 ・ライター ・ペン ・安全ピン

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