

MR検査問診票

ID:

Name:

MRI検査は非常に強力な磁石と電磁波を使用しています
安全に検査を受けて頂くために以下の問診にお答えください
ご不明な箇所は空欄のまま結構です

特に重要な確認事項（検査を受けることが出来ない場合があります）

- ① 心臓ペースメーカーを使用していますか？ ----- はい・いいえ
※MR対応型ペースメーカーであっても当院では検査できません
- ② 人工内耳、除細動器、神経刺激装置、乳房再建術用皮膚拡張器 ----- はい・いいえ
などの医療器具を使用していますか？
- ③ 金属製の義眼、可動性の義眼を使用していますか？ ----- はい・いいえ

注意が必要な確認事項（検査前に必ずお申し出ください）

- ① 手術や事故等で体内に金属が入っていますか？ ----- はい・いいえ
↳ 「はい」の方は具体的にお聞かせください
- | | | | |
|-----------|-------|----------|------|
| 血管クリップ | 塞栓コイル | 人工心臓弁 | ステント |
| 人工関節・人工骨頭 | | 金属製避妊リング | |
| その他() | | | 詳細不明 |
- ② 水頭症治療手術（シャント手術）を受けたことがありますか？ ----- はい・いいえ
- ③ 取り外し可能な義歯（入れ歯）はありますか？ ----- はい・いいえ
- ④ 補聴器を使用していますか？ ----- はい・いいえ
- ⑤ 義手、義足、装具を使用していますか？ ----- はい・いいえ
- ⑥ 閉所恐怖症ですか？ 狭いところが苦手ですか？ ----- はい・いいえ
- ⑦ カラーコンタクトを使用していますか？ ----- はい・いいえ
- ⑧ 刺青、タトゥー、アートメイクがありますか？ ----- はい・いいえ
- ⑨ 妊娠していますか？（可能性がある場合も「はい」にお答えください） ----- はい・いいえ

手荷物、貴重品等は検査直前に手荷物ロッカーにてお預かりします
お手洗いを済ませの上、今しばらくお待ちください

スタッフチェック欄