

M R I 検 査 問 診 票

氏名 _____ 様 生年月日 _____ 性別 _____ 男 _____ 女 _____

【 留意事項 】

- ・MRIは強力な磁石を使用した検査で、検査室内は常に強い磁場が発生しています。
- ・磁性体（金属）を装着していると、検査が施行できない場合があります。
- ・検査は約30分（造影約40分）程度ですが、内容によってはさらに時間がかかる場合があります。

以下の質問に正確にお答え下さい。

1. 心臓ペースメーカーまたは植込み型除細動器を装着していますか。 はい いいえ

2. 手術を受けた事がありますか。 はい いいえ

（ ① ①
いつ頃： 内容：
② ② ）

3. 閉所恐怖症がありますか。 はい いいえ

4. 《 体内金属の確認 》 該当する項目にチェックを入れてください。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 人工内耳（埋込型） | <input type="checkbox"/> 慢性疼痛用神経刺激装置 |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯・歯科インプラント
（磁石を使用している物は不可） | <input type="checkbox"/> 脳室－腹腔シャントバルブ（圧可変式） |
| <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ・コイル | <input type="checkbox"/> 歯列矯正ワイヤー |
| <input type="checkbox"/> 義眼・義肢 | <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 |
| <input type="checkbox"/> 持続血糖測定器（リブレ、アイプロ） | <input type="checkbox"/> 血管内デバイス
（ステント・フィルター・カテーテル） |
| <input type="checkbox"/> 人工骨頭・関節（ネジ・ワイヤー等） | <input type="checkbox"/> 消化管の止血クリップ・マーキングクリップ |
| <input type="checkbox"/> チューブ類（イレウスチューブ等） | <input type="checkbox"/> 入れ墨・アートメイク |
| <input type="checkbox"/> 子宮内避妊具 | <input type="checkbox"/> 鉄片等の外傷による既往 |
| <input type="checkbox"/> 留置用バルーンカテーテルプラグ
（D I Bキャップ） | <input type="checkbox"/> 体内金属なし |

5. 以下の物は、検査時に外して検査可能となります。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> アイライン・マスカラなどの顔料 |
| <input type="checkbox"/> カラーコンタクト | <input type="checkbox"/> ネイルの金属パーツ |
| <input type="checkbox"/> 貼り薬（ニトロダーム、エレキバン等） | <input type="checkbox"/> 防寒具（ヒートテック、カイロ等） |

6. 妊娠中またはその可能性がありますか。 はい いいえ

年 月 日 ご署名 _____ (続柄)

確認医師 署名 _____

2023年8月20日改定