ＭＲＩ検査問診票

氏名：
生年月日　　年　　月　　日
性別：

◆　ＭＲＩ検査は磁場と電磁波を利用して、診断に有用な身体の断層像や血管像を得ることができます。検査中は狭い場所に入り、大きな音がしますが、ご了承ください。また、静止していることが困難な場合、画像の乱れを生じるため検査が行えない場合があります。

◆　体内・体表面に機械や金属等が存在する場合、それらの移動や発熱により人体に重大な影響が出ることがあります。また診断画像に影響が出る場合もあり注意が必要です。

ＭＲＩ検査を安全に行うために以下の項目にお答え下さい。（該当する項目に印☑をつけてください。）

１、今までにＭＲＩ検査を受けたことがありますか？　　☐はい　☐いいえ

２、閉所恐怖症はありますか？　　☐有　☐無

３、下記の体内金属に該当する項目があれば、印☑をつけてください。　　**☐該当なし**

☐ 心臓ペースメーカ	☐ 人工内耳	☐ 脳動脈クリップ	☐ 骨成長刺激装置
☐ 体内自動除細動器	☐ 心臓人工弁	☐ 脳シャントバルブ	☐ 義眼・義肢
☐ 内視鏡止血クリップ(1ヶ月以内)		☐ 血管内ステントグラフト・コイル(心臓除く)	

４、上記以外に手術、ステント留置術や事故等により体内金属がありますか？

☐有　☐無

体内金属がある方はご記入下さい。

いつ頃：　　年　　月頃、**どこに(部位)**：
いつ頃：　　年　　月頃、**どこに(部位)**：

５、補聴器を使用していますか？　☐有　☐無

６、義歯は有りますか？(磁気タイプの場合は必ずお申し出下さい。)　☐有　☐無

７、カラーコンタクトレンズ(検査時は外していただきます。)　☐有　☐無

８、貼り薬は使用していますか？(例：心臓の薬、禁煙薬、パーキンソン病薬、湿布等)

☐はい　　種類：
☐いいえ

９、入れ墨(刺青)、美容刺青はありますか？(やけど/熱感/発赤/変色の危険)　☐有　☐無

10、**【女性のみ】**下記の該当する項目が在れば、印☑をつけてください。

☐現在妊娠している　☐妊娠の可能性がある　☐授乳中である
☐該当なし

11、**【腹部・骨盤（前立腺を除く）の検査を受ける方】**

①下記の疾患に該当する項目が在れば、印☑をつけてください。

☐心筋梗塞　☐狭心症　☐不整脈　☐その他心臓疾患
☐緑内障　☐眼圧が高い　☐前立腺肥大症　　**☐該当無し**

②画像をきれいに撮像するために、筋肉注射（ブスコパン）や鉄分(マンガン)の入った水を飲んでいただく場合があります。使用に同意されますか？　☐はい　☐いいえ

12、現在の身長・体重をご記入ください。　身長：約　　cm　体重：約　　kg

その他ご不明な点、ご心配なことがございましたら担当の医師･検査技師にお尋ねください。

問い合わせ先：社会医療法人　若竹会　つくばセントラル病院
0120-57-1771(フリーダイヤル)，029-872-1771(代表)