

MR I 検査問診票

患者番号:

様

実施日:

- (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) 心臓ペースメーカーを使用していますか? ● (はい ・ いいえ)
- (3) 今までに手術をしたことがありますか? (はい ・ いいえ)
(開頭術・骨折整復術・開腹術・心臓手術・人工内耳・避妊具装置等)
- (4) (3)において体内に金属を装着していますか? ● (はい ・ いいえ)
(はい の方は、いつ どのような物)
- (5) 義歯 (入れ歯、差し歯等はずせるもの) をしていますか? (はい ・ いいえ)
- (6) (5)において磁石で固定するタイプの差し歯を使用していますか? ● (はい ・ いいえ)
- (7) 仕事、事故、戦争等で体内に金属異物が入ったことはありますか? ● (はい ・ いいえ)
- (8) 刺青、アートメイクをしていますか? ● (はい ・ いいえ)
- (9) 補聴器、カラーコンタクトレンズをしていますか? (はい ・ いいえ)
- (10) 不整脈やてんかんの既往はありますか? (はい ・ いいえ)
- (11) 閉所恐怖症ですか? (はい ・ いいえ)
- (12) ニトロダーム、ニコチンパッチ等経皮吸収添付剤を使用していますか? (はい ・ いいえ)
- (13) 30分程度、体を動かさないように我慢できますか? (はい ・ いいえ)
- 女性の方のみお答え下さい。
- (14) 現在妊娠している可能性がありますか? ● (はい ・ いいえ)

●の項目の はい 欄に該当する場合には、検査が行えない場合があります。主治医にご相談下さい。

担当医