

2019.11.1 改定

M R I 検査問診票

ID : _____

氏名 : _____

生年月日 : _____

- * 入室前に持ち物は全て外す必要があります
- * 膀胱・子宮・前立腺などの骨盤部検査は、検査30分前よりお手洗いを控えて頂きます
- * 肝・胆・膵などの腹部検査は、原則 検査前4時間絶飲食です
- * 出来るだけ詳細に御記入下さい（余白に書いて頂いて構いません）

(代)0946-22-5511 (内線)692

注) この枠内の内容によっては、MRI検査が受けられない場合があります

1.手術等で体内に金属が入っていますか () はい ・ いいえ

① 禁忌：植込み型心臓デバイス(ペースメーカーetc)、人工内耳中耳、各種刺激装置、埋入式インスリンポンプ
動脈瘤クリップ (チタン以外)、人工弁 (1970年以前の機械弁)、スワンガンツカテーテル
整形外科インプラント (磁性体)、義眼 (磁気式)、人工肛門 (磁気式)、金属避妊リング
※ MRI対応型の場合は、型式の記入をお願いします ()

② 注意：脳室シャント (可変式)、義歯 (磁気式)、ストーマパック (金属付き)、止血クリップ (1ヶ月以内)
血管内デバイス (種類：) いつ頃：)

2.手術以外で体内に金属が入っていますか (事故、怪我等による金属片など) はい ・ いいえ

3.閉所恐怖症はありますか はい ・ いいえ

4.女性の方へ：現在、妊娠されていますか (3ヶ月未満不可) はい ・ いいえ

- 5.不整脈あるいは、てんかん があるとされたことがありますか はい ・ いいえ
- 6.刺青・アートメイクをしていますか (やけどの危険性があります) はい ・ いいえ
- 7.身長と体重を記入して下さい 身長： () cm 体重： () kg

造影剤を使用する方のみ 以下の質問にお答え下さい

- 8.造影剤 (ヨード、ガドリニウム、その他) で気分が悪くなったことはありますか はい ・ いいえ
- 9.気管支喘息、その他アレルギーはありますか はい ・ いいえ
- 10.心臓・肝臓・腎臓の病気はありますか はい ・ いいえ
- 11.現在の腎機能を記入して下さい (3ヶ月以内 Cr： () mg/dL or eGFR： () mL/min/1.73m²)

※ [本人 代理人 カルテ] により 問診を行いました 問診担当者 ()

MRI検査を受けます。

受診者 (代理人) 署名

確認 医師署名

☑ のみでも可

有効期限：毎回記入をお願い致します。

MRI担当技師 ()