

M R I 問 診 票

★MRI検査の注意 (必ず読んで下さい)

【重要】

※以下の方は検査ができない場合があります。必ず事前にお申し出下さい。

- 心臓ペースメーカーを装着されている方。
- 人工内耳、神経刺激装置、人工心臓弁を装着されている方。
- 過去の手術などにより、体内に金属や機械が入っている方、またはその可能性がある方。
- 妊娠中、または妊娠の可能性がある方。
- 入れ墨のある方。

【検査前の準備】

※以下の方は、危険を及ぼす恐れがあります。事前に必ず取り外して頂きます。

- 入れ歯、ヘアピン、補聴器、腕時計、携帯電話、鍵、財布、カード類、小銭、指輪、ピアス、ネックレス、ベルト、カイロ、貼り薬、カラーコンタクト、その他、金属である可能性のもの

★検査前チェックシート

※MRI検査を安全に受けていただくため、下記の質問にお答え下さい。

① 以前にMRI検査を受けたことがありますか？	(はい ・ いいえ)
【はい】と答えた方へ それはいつですか？(年 月ごろ 当院で ・ 他院で)	
② 前回のMRI検査から今回までの間に手術をされましたか？	(はい ・ いいえ)
③ 心臓ペースメーカーを装着されていますか？	(はい ・ いいえ)
④ 人工内耳、神経刺激装置、人工心臓弁を装着されていますか？	(はい ・ いいえ)
⑤ 今までに手術をされたことがある方へ	(はい ・ いいえ)
○ 体内に金属や機械は入っていますか？	(はい ・ いいえ)
【はい】と答えた方へ ・ ・ ・ どのような金属が入っていますか？○で囲んで下さい。 脳動脈クリップ、V-Pシャント、人工心臓弁、冠動脈ステント、冠動脈バイパスクリップ、人工骨頭、人工関節、金属プレート、体内留置カテーテル、その他	
⑥ 金属加工、金属研磨などの仕事をされたことがありますか？	(はい ・ いいえ)
⑦ 入れ歯（インプラント、治療痕を含む）	(はい ・ いいえ)
⑧ 腕時計、携帯電話、磁気カード類などの機器は所持されていますか？	(はい ・ いいえ)
⑨ 補聴器などの機械を装着されていますか？	(はい ・ いいえ)
⑩ 身体に貼り薬やカイロなどを貼っていますか？	(はい ・ いいえ)
⑪ コンタクトレンズを装着されていますか？	(はい ・ いいえ)
⑫ 入れ墨をされていますか？	(はい ・ いいえ)

記入日： 令和 年 月 日

ご本人の署名 (代筆者)

担当技師

※ご協力ありがとうございました。検査当日はこの用紙を必ず持参して下さい。