

MRI検査問診票

紹介元医療機関名： _____

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
患者氏名		男・女		年 月 日

検査を安全に受けていただくために以下の質問にお答えください。

1. 心臓のペースメーカー、植え込み除細動器を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. その他、体内に電子機器がありますか。 <input type="checkbox"/> カプセル内視鏡 <input type="checkbox"/> 人工中耳・内示 <input type="checkbox"/> インシュリンポンプ <input type="checkbox"/> 心電用データレコーダ	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 手術や針治療、外傷等により体内に金属が入っていますか。 <input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 塞栓用コイル <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 脳刺激電極 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 手術時プレート・ボルト・ワイヤ・クリップ <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ <input type="checkbox"/> おき針 <input type="checkbox"/> 金属避妊具 <input type="checkbox"/> 事故・けがによる金属破片等	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3.で「はい」の場合、わかる範囲でお答えください。		
手術はいつ頃でしたか。（ 年頃）		
どちらの病院でしたか。（ 病院） どのような手術でしたか。（ ）		
4. 取り外し可能な入れ歯（磁石を使った物も含む）または歯科矯正をしていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 女性の方へ。現在妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6. 2ヶ月以内に消化管内視鏡検査を行い、何らかの処置をされていますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7. かつらを使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8. 入れ墨・アイメイクはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9. 検査は長時間臥床を保つ必要がありますが可能ですでしょうか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10. 閉所恐怖症はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

***MRI検査は強力な磁石と電波を使って体の中を撮像するため、問診結果によっては、安全に検査を行えない可能性があり、検査をお断りする場合があります。**

*当問診票は当院MRI検査をご依頼いただく場合にのみご利用ください。

藤田医科大学病院