ⅯＲＩ検査問診票

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

ＭＲＩは非常に強い磁石を使った検査です。機器や金属類の持ち込みがあると大変危険をともない不慮の事故につながります。検査を安全に行うために以下の質問にお答えください。

1. **↓以下の体内金属（手術や事故等によるもの）はありますか？（　ある　・　ない　）**

≪　ある　≫の方はそれに○をつけてください

・ペースメーカー　・除細動器　・人工内耳　・脳室、腰椎（V-P、L-P）シャント

・神経刺激装置　・可動性義眼　・金属片　・整形外科での手術歴（インプラントやプレート）

・脳動脈クリップ　・消化管止血クリップ　・歯科矯正や磁性アタッチメント義歯　・人工心臓弁

・その他≪　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　≫

1. ↓以下の中で身に着けているものがありますか？（　ある　・　ない　）

≪　ある　≫の方はそれに○をつけてください

**★身体に着ける小物**

かつら、エクステ、ヘアピン、義歯、マスク、ピアス・イヤリング、補聴器

カラーコンタクト、眼鏡、指輪、カイロ、湿布、エレキバン

**★衣類や日用品**

腕時計、携帯電話、財布、ネックレス、ベルト、ペン、鍵

金具のついた衣類（ブラジャー、ファスナー、金属ボタン等）、保温下着（ヒートテック等）

**★医療品**

貼付剤（ニトロダームＴＴＳ　ニコチネルパッチ　ノルスパンテープ　ニュープロパッチ等）

血糖値測定器（リブレ、デキスコム等）

**★美容・化粧**

増毛スプレー、つけまつげ、マスカラ、ジェルネイル※**検査当日は着用を避けてください**

**★その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）例：素材不明のアクセサリー

1. 入れ墨・アートメイク・特殊な化粧等をしていますか？　　　はい・いいえ
2. 妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？　　　　　　　　あり・なし
3. 狭い場所が苦手ですか？　　　　　　　　　　　　　　　　　はい・いいえ
4. およその体重を教えてください　　　　　　　　　　　　　　　　　　**Ｋｇ**

**問診者（職員）**