

# M R I 検査問診票

I D \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

M R I 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し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. ↓以下の医療品又は、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※場合によっては検査を受けられません

ペースメーカー 植込み型除細動器 人工内耳 脳室・腰椎（V-P・L-P・V-A）シャント  
神経刺激装置 可動性義眼 脳動脈クリップ 消化管止血クリップ  
手術による体内金属（インプラント・プレート・コイル・ステント）人工心臓弁

インスリンポンプ 血糖値測定器（リブレ、デキスコム等）  
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）  
義足・義肢 コルセット 歯科矯正や磁性アタッチメント義歯  
入れ墨 DIB キャップ 温度センサー付きバルンカテーテル その他≪ ≫

2. ↓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

※検査当日は着用・使用を避けていただくか、検査前には取り外せるようにしてください

## ★身体に着ける小物

かつら・エクステ・ヘアピン 眼鏡 入れ歯 補聴器 マスク  
ピアス・指輪などのアクセサリ類 カラーコンタクト 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）

## ★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 アートメイク 特殊な化粧等

★その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. 妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

4. 狭い場所が苦手ですか？ はい・いいえ

5. およその体重を教えてください \_\_\_\_\_ K g

問診記入日 \_\_\_\_\_

問診者（職員） \_\_\_\_\_