

# M R I 検査問診票

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 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まな  
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・V-A）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  
スワングアンツカテーテル 磁石式人工肛門 体内植込式インスリンポンプ  
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

## ★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span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） DIB キャップ 温度センサー付きバルンカテーテル

## ★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

3. 入れ墨・アートメイク・特殊な化粧等をしていませんか？ はい・いいえ

4. 妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ あり・なし

5. 狭い場所が苦手ですか？ はい・いいえ

6. 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） \_\_\_\_\_