

MRI 検査問診票 (院外用)

安全に検査を受けていただくために以下の質問にお答えください。ご不明な点はお尋ねください。

1. 今までにMRI 検査を受けたことがありますか？ はい いいえ

2. 体内に以下の医療用電子機器・金属がある方は当院ではMRI 検査できません。

あてはまるものを○で囲んでください。

- ・人工内耳 ・水頭症治療用シャント (圧可変式バルブシャント) ・脳深部刺激装置
- ・脊髄刺激装置 ・可動性義眼 (磁石式) ・眼窩内金属片 ・該当無し

3. 上記以外で体内・外に医療用電子機器・金属がありますか？ あてはまるものを○で囲んでください。

- ・心臓ペースメーカー等 ・脳動脈瘤クリップ ・内視鏡止血用クリップ ・胆管用ステント
- ・冠動脈ステント ・血管内ステント/コイル/フィルター ・人工血管 ・心臓人工弁
- ・整形外科手術による器具 ・義眼 ・義歯 ・歯科矯正 ・義手 ・義足
- ・ストーマ ・避妊リング
- ・その他 () ・該当無し

※ 検査当日の注意点、検査室に持ち込めない物があります。

別紙 [MRI 検査を受けられる方へ] をご覧ください。

4. 刺青・アートメイクされていますか？ はい いいえ

5. 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ

6. 女性の方への質問です。

- ・現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ
- 「はい」と答えられた方は、妊娠何週目ですか？ (週目)
- ・授乳中ですか？ はい いいえ

造影剤投与や前処置に関して以下の質問にお答えください。

7. 現在、透析を受けていますか？ はい いいえ

8. 腎機能障害があると言われたことはありますか？ はい いいえ

9. 気管支ぜんそくと言われたことはありますか？ はい いいえ

10. アレルギー体質と言われたことはありますか？ はい いいえ

11. MRI 用造影剤を使用した経験はありますか？ はい いいえ

12. MRI 用造影剤を使用して気分が悪くなったことはありますか？ はい いいえ

「はい」と答えられた方、該当するものがあれば○で囲んで下さい。

- ・発疹 ・かゆみ ・吐き気 ・嘔吐 ・頭痛 ・その他 ()

13. 心臓疾患がありますか？ はい いいえ

14. 貧血治療のため鉄剤及び鉄サプリメントを服用していますか？ はい いいえ

15. 体重をご記入ください。 _____ kg

記入日 : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 (署名) _____

代理人氏名 (署名) _____ (続柄 _____)

代理署名の方はこちらにご記入ください。