

MRI検査問診票(院外用)

患者ID _____

患者氏名 _____

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;

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。

・該当なし
・人工内耳 ・ 水頭症治療用シャント(圧可変式バブルシャント) ・ 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

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

・該当なし
・ 心臓ペースメーカ等 ・ 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()

※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・ジェルネイル・マグネットネイルをされていますか はい いいえ
(ジェルネイル・マグネットネイルは事前に除去すれば検査可能で)
5. 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ
6. 女性の方へ質問です。
・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 : _____ 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

宮崎市郡医師会病院