

検査日（ 年 月 日）（ : ） 整形・内科

※予約時間15～30分前に受付においで下さい。

患者ID	氏名	撮影部位
------	----	------

## MRI検査問診票

MRI検査を安全に行うための問診票です。

必要事項を記入の上、検査当日に、検査担当者ご提出ください。

ご不明な点がございましたら、スタッフまでおたずね下さい。

問診項目			看	技
1	ペースメーカーを装着していますか？	はい	いいえ	
2	人工内耳を装着していますか？	はい	いいえ	
3	今までに手術歴はありますか？ 内容（ ）	はい	いいえ	
4	手術やカテーテル治療などで体内に金属が入っていますか？ 該当するものにチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> クリップ <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> 脊髄刺激装置 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> その他外科手術による体内金属 <input type="checkbox"/> 義手、義足、義眼 ※上記金属が体内に入っている場合は、 MRI検査が可能か治療を受けた病院に確認して下さい。	はい	いいえ	
5	入れ墨（アートメイク）をしていますか？	はい	いいえ	
6	金属加工による金属片はありますか？	はい	いいえ	
7	閉所恐怖症（狭い場所が怖い）と思ったことはありますか？	はい	いいえ	
8	女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ	
9	当日は以下のような金属は外して検査を受けていただきます。 (検査当日スタッフが一緒に確認します。) <input type="checkbox"/> 財布(小銭、磁気カード) <input type="checkbox"/> 腕時計 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> カギ <input type="checkbox"/> ベルト <input type="checkbox"/> コルセット <input type="checkbox"/> アクセサリ(指輪、ネックレス、ピアスなど) <input type="checkbox"/> ヘアピン <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 湿布・貼り薬 <input type="checkbox"/> エレキバン <input type="checkbox"/> 使い捨てカイロ <input type="checkbox"/> ヒートテックなど発熱保温性衣類 <input type="checkbox"/> チャック、ホックなど金属がついた衣類・下着 <input type="checkbox"/> 増毛スプレー(当日はしないでください) <input type="checkbox"/> かつら			

MRI検査に関する概要が理解できましたので、

MRI検査を受けることに

同意します ・ 同意しません

(いずれかに○をして下さい)

看護師

署名

技師

署名

年 月 日

署名(本人、または代理人)

患者本人の生年月日

年 月 日

患者本人の身長体重

cm kg

検査で必要となりますので、ご記入お願いします。