

# MRI 検査問診票

検査日 年 月 日 検査時間

患者氏名：

生年月日： 年 月 日

性別：男 女

MRI(磁気共鳴画像)検査は、強力な磁場と電磁波を使用します。

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

お答えいただいた内容によっては、MRI 検査を実施できない場合がありますのでご了承ください。

◎ 身長 cm 体重 kg

◎ 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」 の場合 いつ頃ですか？ ( )

1. 心臓ペースメーカー (MRI 対応機種を含む) がありますか？ はい ・ いいえ

2. 人工内耳や植え込み型除細動器がありますか？ はい ・ いいえ

⇒ 1 または 2 が「はい」の方は、MRI 検査を受けることができません

3. 脳動脈瘤クリップや人工心臓弁がありますか？ はい ・ いいえ

4. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ はい ・ いいえ

5. 狭い場所は苦手など閉所恐怖症がありますか？ はい ・ いいえ

6. 刺青 (タトゥー) やアートメイクをしていますか？ はい ・ いいえ

7. 手術などで体内に金属がありますか？ はい ・ いいえ

人工関節／人工骨頭／プレート、クリップ／ワイヤー、ステント、シャント、コイル、血糖測定器、義眼／義足／義手、歯科インプラント、尿カテーテル、避妊リング、乳房エキスパンダー、その他 ( )

⇒ 3~7 が「はい」の方は、MRI 検査を受けることができない場合があります