

# MRI検査問診票

		検査日	
ID		氏名	
生年月日		性別	
身長/体重	cm /	kg	

★MRI検査は、強力な磁力を用いるため、体の中に金属が入っている方  
(以下に当てはまる方)は検査を行うことができません

心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器を装着されている方	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
人工内耳を装着されている方	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
神経刺激装置、骨成長刺激装置を装着されている方	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
可動式の義眼を装着されている方	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
インシュリン注入ポンプを装着されている方	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
体内で移動、脱落の可能性のある金属(内視鏡クリップ等)を挿入されている方	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

■以下に当てはまる方は事前にお申し出ください

体内金属がある →いつ頃、どのような手術をされましたか( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
妊娠もしくは妊娠の可能性のある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
歯列矯正ブリッジ、歯科用インプラント・磁石を用いた義歯を使用中	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
入れ墨やアートメイクをしている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
かつら・ウィッグ・増毛スプレーを使用している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
カラーコンタクトレンズを使用している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
閉所恐怖症(疑いも含む)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
当院または他院でMRI検査をしたことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

●金属製のものは磁力に引っ張られ、MRI装置に吸着する可能性があります。  
磁気データも破損の可能性があります。以下のものは検査室内に持ち込むことはできません。  
検査中は検査着に着替えて検査をおこないます

外せる金属類 磁気を帯びているもの 貼り薬 その他	ヘアピン・メガネ・時計・アクセサリー類・ベルト・ペン・財布・鍵・ 金具の付いた下着・義手・義足・置き鍼 等 磁気カード類 湿布薬・添付薬(ニトロダーム、ニコチネルパッチ等) 保温用下着(ヒートテック等)・補聴器・カイロ・万歩計・携帯電話・スマートフォン 等
------------------------------------	--

上記の内容に同意のもと、MRI検査をおこないますか

はい ・ いいえ

署名: