

MRI 検査問診票

氏名 _____ 様(男・女) 生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

MRI 検査は磁場と電磁波を利用した、身体の断面や血管を撮影する検査です。

しかし、体内に心臓ペースメーカーなどの精密電子機器類や、金属などが存在するとそれらに悪影響を及ぼし、不慮の事故が起こる可能性があります。検査を安全に行うためにも、下記の質問にお答え、該当する欄に○印を付けてください。 例) はい・いいえ

1. 心臓ペースメーカー・除細動器などの体内電子装置がありますか? はい・いいえ
2. 人工内耳を使用していますか? はい・いいえ
3. 脳動脈瘤の手術によるクリップがありますか? はい・いいえ
『はい』の方 いつ頃の手術ですか? 昭和・平成 _____ 年頃
4. 手術による金属(人工関節・プレートなど)がありますか? はい・いいえ
5. 脳外科的手術による体内シャントチューブがありますか? はい・いいえ
6. 事故、戦争、怪我などで体内に金属が入っていますか? はい・いいえ
7. 金属製の人工心臓弁が入っていますか? はい・いいえ
8. 心臓・血管・消化管などにステントが入っていますか? はい・いいえ
9. 金属研磨や板金、旋盤などの金属加工の職歴がありますか? はい・いいえ
『はい』の方 目や体内に金属片が入っていますか? はい・いいえ
10. 磁石式の入れ歯や義眼などを使用していますか? はい・いいえ
11. 磁石式の人工肛門、導尿管などがありますか? はい・いいえ
12. 補聴器を使用されていますか? はい・いいえ
13. 刺青やアートメイクがありますか? はい・いいえ
『はい』の方、火傷や変色の可能性がありますか? 検査に同意されますか? はい・いいえ
14. 閉所恐怖症ですか?(直径 55cm のトンネル状の狭い中で検査します) はい・いいえ
15. カラー(色つき)コンタクトレンズを装着していますか? はい・いいえ
16. 妊娠の可能性がありますか?(妊娠中の方は原則として検査できません) はい・いいえ
17. 2週間以内に小腸カプセル内視鏡の検査を受けたことがありますか? はい・いいえ
『はい』の方、飲んだカプセルは排便時に体外へ排出されましたか? はい・いいえ

注: カプセルが体内に残っていると検査ができませんので、『いいえ』の方は検査を受けた医療機関にお問い合わせ下さい。

検査を受けられるご本人の署名: _____ (代筆者: _____)

※ 問診票の結果によっては、身体の安全を考え検査を中止することがあります。

※ 検査当日はこちらの MRI 検査問診票をご記入してご持参ください。