

志村大宮病院 MRI 検査問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

施設名 \_\_\_\_\_ ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問にお答えください。

また、ご不明な点がございましたらお問い合わせください。

本書はFAXにてご送信下さい。

◎正確に検査を行うため、現在の体重をご記入ください。 【 \_\_\_\_\_ 】 kg

1、MRI 検査をうけるのは初めてですか。	はい	いいえ
2、心臓ペースメーカーを使用していますか。(禁忌)	はい	いいえ
3、ICD (埋め込み型除細動器) を使用していますか。(禁忌)	はい	いいえ
4、人工内耳を使用していますか。(禁忌)	はい	いいえ
5、脳動脈瘤クリップを使用していますか。 ※脳動脈瘤クリップはMRI撮影可能ですか。(可・不可)	はい	いいえ
6、以下のようなものが体内にありますか。 <input type="checkbox"/> VP シヤント <input type="checkbox"/> 人口心臓弁 <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 薬物注入ポート <input type="checkbox"/> 置き針 <input type="checkbox"/> 眼窩内異物 <input type="checkbox"/> その他金属 ( _____ )	はい	いいえ
7、磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。	はい	いいえ
8、入れ墨やアートメイクなどはありますか。	はい	いいえ
9、狭いところが苦手と感じたことはありますか。	はい	いいえ
10、せき・痛み・しびれなどで、30分程度の静止が困難ですか。	はい	いいえ
11、 <u>女性の方へ</u> 現在妊娠をしている可能性がありますか。	はい	いいえ

\*禁忌に該当する場合は検査の中止をご検討ください。

問診者署名

◆当日は検査着に着替えていただき、以下のようなものを(金属類)外してください。

- 入れ歯    補聴器    湿布類    エレキバン    ホッカイロ    経皮吸収ニトログリセリン製剤  
かつら    義眼    腕時計    ネックレス    ヘアピン    指輪    ピアス    磁気カード  
カラーコンタクト    金属のついている下着    ヒートテックなどの保湿性の高い下着  
コルセット    心電図モニター

確認者署名 (放射線技師)