

MRI検査についての問診票

患者名： 様 検査日： 年 月 日 時 分
体重 (Kg) (科 病棟)

安全にMRI検査を受けていただくために、以下の質問にお答えください。

(1) 患者様はMRI室までどのようにして来られますか？

・歩行 ・車椅子 ・ストレッチャー

(2) 心臓ペースメーカーをつけていますか？

・無 ・有

(3) 心臓の薬を体に貼っていますか？（ニトロダーム等）

・無 ・有 ()

(4) 感染症はありますか？

・無 ・有 ()

(5) アレルギーはありますか？（鉄過敏症等）

・無 ・有 ()

(6) 体内金属はありますか？

・無 ・有 (磁性体・非磁性体・不明)

クリップ類

義眼・義手・義足・人工内耳

体内金属異物

その他 ()

人工弁

整形外科的金属 ()

磁石固定式の義歯

* 手術された年月日が分かればお教えてください。(年 月)

(7) けがや仕事等により金属片・金属粉が皮下や眼球内、その他体内に入っている可能性はありますか？

・無 ・有

(8) 妊娠、その可能性はありますか？

・無 ・有

(9) 刺青やアートメイクをしていますか？

・無 ・有

(10) 閉めきった場所や狭い場所で気分が悪くなることがありますか？

・無 ・有

検査を受けられる本人の署名 : _____ (代筆者 : _____)