

## MRI 検査問診票

患者様 ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 検査日（予約日） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

下記のことを体内に入れている方は、MRI 検査を受けることができません。

心臓ペースメーカー、心臓ペースングワイヤー、植え込み型 AED、機械式心臓人工弁、磁性体脳動脈瘤クリップ、体内刺激電極、人工内耳、磁性体義眼

MRI (磁気共鳴画像)検査は強い磁石と磁場を使って検査する方法です。通常人体への影響はありませんが、室内は強い磁場が発生していますので、検査時に金属製のものを身に付けておられますと、故障やけがの原因、場合によっては検査を実施出来ない事があります。

検査を安全に行うため下記の質問にお答え下さい。

(1) 該当するものにチェックをお願いします(その他、金属のある方は、空欄に記載して下さい。)

- 歯の矯正器具  針治療の針  血管用ステントグラフト(ゼニス)  歯科用磁性インプラント  
 金属片・弾丸・鉄粉(特に眼)  人工関節・骨折接合用ネジ  ティッシュエキスパンダ(形成用組織拡張器)

(2) 装着されているもの及び、貼付薬剤にチェックをお願いします

- 入れ歯  補聴器  カラーコンタクトレンズ  かつら  義手・義足  コルセット  パワーリスト  
 パワーアングル  ニトロダーム TTS  ノルスパンテープロ  ニュープロパッチ  ニコチネル TTS  
 自己検査用グルコースモニタシステム (血糖測定センサー)

(3) 該当される方のみチェックをお願いします(火傷や変色の可能性があります)

- タトゥー(入れ墨)  眉墨(入れ墨)  アートメイクアイライン

下記は、必ず記載をお願いします。

(4) 閉所恐怖症ですか? (はい・いいえ)

(5) 現在、透析中ですか? (はい・いいえ)

(6) 女性の方にお尋ねします 妊娠又は妊娠の可能性はありますか? (はい・いいえ)

事前問診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 問診者職種( \_\_\_\_\_ ) 氏名 \_\_\_\_\_

### 【検査当日の注意事項】

※次に該当するものは、身に付けず MRI 室へお越し下さい。

エレキバン、湿布薬、カイロ、ヘアピン、ネックレス、イヤリング、磁気カード、財布、ピアス(ボディピアス含む)、時計、磁気バンド、ブレスレット、遠赤外線下着 等、金属を用いたネイルアート、マスカラ、つけまつげ、ラメ

### クリニック記入欄

問診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 問診者職種( \_\_\_\_\_ ) 氏名 \_\_\_\_\_

患者様(または代理人) 氏名 \_\_\_\_\_

この問診票は 医師 氏名 \_\_\_\_\_ が確認済みです。

\*検査室で再度、磁性体の確認を行います。

\*この問診票は今回の検査時のみ有効です。