

中間市立病院 MRI 検査 問診票

カルテ ID 当院記入

生年月日

氏 名

紹介元医療機関名

依頼医師判定

MRI 検査

可

不可

依頼医師署名

MRI 検査を受けられる患者様の状態を把握し、検査を安全かつスムーズに行うために、下記の問いにお答えください。

過去に当院で MRI 検査をされた方も安全に検査を行うため、お手数をおかけしますが、再度ご記入をお願いいたします。

1. 心臓ペースメーカーを付けていますか？	いいえ	はい
2. 胸に心臓の薬を貼っていますか？（ニトロダームは剥いで検査施行）	いいえ	はい
3. 手術を受けたことがありますか？ 「はい」と答えた方は、どのような手術ですか？下欄に記入してください。 〔 〕	いいえ	はい
4. 体内に金属物がありますか？ （手術、針治療、事故・けが・戦争による金属片など） 【手術の例：ステント、人工内耳、心臓人工弁、ドレーン、脳動脈クリップ、人工関節、磁力で装着する義眼・義歯など】 「はい」と答えた方は、いつごろにどのような金属ですか？下欄に記入してください。 〔 〕	いいえ	はい
5. 取り外し可能な入れ歯、部分入れ歯を使用していますか？	いいえ	はい
6. 義眼を使用していますか？（メガネではありません）	いいえ	はい
7. コンタクトレンズをしていますか？（頭部、頸部の検査は外して施行）	いいえ	はい
8. 補聴器を使用していますか？	いいえ	はい
9. 入れ墨をしていますか？（染料によっては稀に発熱することがあります）	いいえ	はい
10. マスカラ、アイライナー、パーマネントアイライン、ラメを混入しているメイクアップ用品を使用していますか？（発熱の可能性あり）	いいえ	はい
11. 閉所恐怖症（狭いところに長時間いられない）ですか？	いいえ	はい
12. 女性の方へ、現在、妊娠または妊娠の可能性がありますか？	いいえ	はい

※安全に検査を行うため、上記項目で着脱が可能なものは、全て外していただきます。

記入日 年 月 日 署名

体重

kg