

MRI 検査 問診票 (放射線科)

ご記入の上、検査当日ご持参いただき、MRI 検査室の担当者にお渡しください。

患者氏名： _____

(※自書できない場合は代筆者が記入し、代筆者氏名および患者との続柄を記載してください)

代筆者署名： _____ 続柄 (_____)

署名年月日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この検査は強力な磁石と電波を使って体内を撮影します。
安全に検査を受けていただくために、次の質問にお答えください。

- 1. 今までに MRI 検査を受けられたことはありますか？ (_____) 年頃 はい ・ いいえ
- 2. MRI 検査用の造影剤でアレルギー様の症状が出たことがありますか？ はい ・ いいえ
- 3. 脳動脈クリップ・シャントが埋め込まれていますか？ (_____) 年頃 はい ・ いいえ
- 4. 心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器 ICD を使用していますか？ はい ・ いいえ
MRI 対応機器の場合でも、当院では常勤の循環器内科医が不在のため検査できません。
- 5. これまでに手術をされたことはありますか？ はい ・ いいえ
手術歴がある場合、手術された時期 (_____ 年 _____ 月)
部位 (_____)
- 6. 手術された方におききします。手術部位に金属が留置されていますか？ はい ・ いいえ
はい と回答された方は該当するものに○を付けるか記入をお願いします。

手術クリップ・心臓人工弁・ステント・人工骨頭・人工関節・ボルト・塞栓用コイル・義眼
その他 (_____)

- 7. 内視鏡で止血/マーキングクリップを留置されていますか？ (検査前3か月以内) はい ・ いいえ
- 8. その他、体の中に金属が入っているとされたことはありますか？ はい ・ いいえ
(特に眼の付近は危険ですので、記載漏れのないようにお願いします。)

入っている方→身体の中の部分 (_____)
事故・業務上による金属破片や金属粉 (特に眼付近は注意)、針治療による置き針・女性用避妊用金属リングなど

- 9. 歯科用のマグネットタイプのインプラントを使用されていますか？ はい ・ いいえ
使用されている場合、マグネットの磁力が低下する恐れがありますので、かかりつけの歯科医にご相談ください。

- 10. カラーコンタクトレンズを使用されていますか？ はい ・ いいえ
検査時に外していただきます。出来るだけカラーコンタクトはしないで、必要であればメガネ等を着用し、来院ください。

- 11. 刺青 (いれずみ) をしていますか？ はい ・ いいえ
柄がにじんだり、やけどの危険性がありますので必ずお申し出ください。

- 12. 女性の方へ：現在妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ
- 13. 閉所恐怖症 (狭いところが苦痛) ですか？ はい ・ いいえ
- 14. 検査に必要ですので、検査当日の体重と分かれば身長を教えてください。
_____ kg _____ cm

〈注意〉ご記入いただいた内容によっては、安全性の観点から、当日の検査を中止させていただく場合や検査開始時間が遅れる場合があります。ご了承ください。

□職員代行記入 オーダー医師・看護師・放射線技師

記入された情報は、個人情報保護方針に基づき管理し、安全な検査の目的にのみ使用します。