MRI検査用問診票

記入日：西暦　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI検査を安全に行うために、太線枠内の質問にお答えください。

ＭＲＩ検査を受けたことがありますか。	はい	いいえ
心臓ペースメーカーを使用していますか。	はい	いいえ
植込み型除細動器を使用していますか。	はい	いいえ
人工内耳の手術をしていますか。	はい	いいえ
圧可変式脳室シャントバルブを使用していますか。	はい	いいえ
他に体内金属（**脳動脈クリップ、ステント、人工関節** 等） はありますか。 「はい」の方⇒（部位：　　時期：　　） （部位：　　時期：　　）	はい	いいえ
義歯・義眼（外せるもの）はありますか。	はい	いいえ
持続血糖測定センサーを付けていますか。	はい	いいえ
カラーコンタクトを付けていますか。	はい	いいえ
刺青・アートメークはありますか。	はい	いいえ
閉所恐怖症ですか。	はい	いいえ
（女性のみ）妊娠またはその可能性はありますか。	はい	いいえ
体重をご記入ください。	約　　ｋｇ	

～院内使用欄～

検査当日、MRI室入室前に確認します。

ホック・ファスナー・ワイヤー付の衣類、機能性下着　等
コルセット、サポーター、貼り薬
アクセサリー類（時計、ネックレス、ピアス、ヘアピン等）
メガネ、補聴器、義歯、カラコン、義肢　等

確認欄
．　．

医療法人全心会
伊勢ひかり病院