※MRI検査について必要な項目ですので、検査を受ける前に必ず記入して下さい

MRI検査問診票　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　身長　　　　　　　　　㎝　体重　　　　　　　　㎏

**あり**

□

次のいずれかに該当する場合、**MRI検査はできません**

●心臓ペースメーカー、除細動器　　●人工内耳・中耳

●神経刺激装置などの体内電子装置　●可動型義眼・眼窩内の金属片

●現在妊娠中(可能性も含め)である

次のいずれかに該当する場合、MRI検査はできません

**なし**

□

該当しない場合は①～⑩までの問診にお答え下さい

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **①** | MRI検査を受けたことがありますか　 | □ない | □ある |
| **②** | 30分間ほどあおむけで静止できますか | □不可能 | □可能 |
| **③** | せまい場所は苦手ですか | □はい | □いいえ |
| **④** | 入れ墨、まゆ墨をしていますか(やけどの可能性あり) | □はい | □いいえ |
| **⑤** | 血糖測定しているか(リブレ等の持続血糖測定器を使用している) | □はい | □いいえ |
| **⑥** | 下の項目に該当する場合☑して下さい。検査時には外していただきます□入れ歯　　　　　□補聴器　　　　 □カラーコンタクトレンズ　□湿布薬 □金属のついたネイル等※取り外しのできないものがありましたらお知らせください |
| **⑦** | 今までに金属を入れた手術、処置をしたことがありますか※当院での手術、処置を含めお答えください | □はい⑧へ | □いいえここで終了 |
| **⑧** | 手術内容： |
| **⑨** | 以下の項目に該当するものがあれば☑を入れて下さい□脳動脈瘤クリップ　　　□血管内ステント　　□手術クリップ　　　　 □人工心臓弁　　　　　　□人工関節　　　　　□人工骨頭　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □ワイヤー　　　　　　　□シャント　　　　　□その他の体内金属・カテーテルなど　　　　　　　　 　□骨折後のプレート　　 □スクリュー　　　 □インプラント(歯科用) |
| **⑩** | ⑧、⑨の処置、手術後にMRI検査を受けたことがありますか | □ない | □ある |

その他、ご不明な点や心配なことがありましたら、お尋ね下さい

予約カウンターよりお呼びしますので、しばらくお待ち下さい