※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　　　　　　　　㎏

以下の項目がひとつでも、該当する場合、MRI検査はできません

該当する場合は申し出てください

●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(失明例あり)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | 現在、妊娠していますか(女性のみ) | □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  MRI撮影可能かの判断は「MRI検査についての注意事項」をご覧ください  □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** | 以上の処置、手術後にMRI検査を受けたことがありますか | □ない | □ある |

医療法人　慈和会　吉田整形外科病院（地域医療連携室）