

# MRI 検査問診票

チェック1 チェック2

--	--

MRI 検査を安全に受けていただくため、下記の質問に対してはい・いいえに○印でお答え下さい。

① 以下のような体内留置装置、金属はありますか？ ※はいの場合、検査を受けることができません

- |  |  |  |
|--|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 (ICD) |  |
|  | <input type="checkbox"/> 圧可変式バルブシャント (脳室シャント)                              |  |
|  | <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 神経刺激装置などの体内電子装置     |  |
|  | <input type="checkbox"/> 可動性義眼 <input type="checkbox"/> スワングantzカテーテル      |  |

はい・いいえ

② 現在妊娠している可能性はありますか？ (女性の方のみ)

はい・いいえ

③ 手術等で体内に金属が入ってますか？ ※はいの場合、検査を受けることが出来ない場合があります

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ (      ) 年 ※2003 年以前 | <input type="checkbox"/> スtent                             |  |
|  | <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 (      ) 年 ※1970 年以前   | <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> SCS |  |
|  | <input type="checkbox"/> インスリンポンプ・持続グルコース測定器          |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> その他金属 (      )               |  |  |

はい・いいえ

④ 暗くて狭い空間に入るのは苦手ですか？ (閉所恐怖症)

はい・いいえ

⑤ あおむけで寝るのはつらいですか？ (約 20 分)

はい・いいえ

⑥ イレスミ (アートメイク含む) をしてますか？

はい・いいえ

⑦ 入れ歯、歯科用インプラントなどの金属はありますか？

はい・いいえ

【身につけているものがあれば○印をつけて下さい】

湿布・カイロ・エレキバン・ニトロ・ニコチネル・ノルspan・ニュープロパッチ  
補聴器・ヘアピン・かつら・カラーコンタクト・マスカラ・ピアス・貴金属  
時計・携帯電話・車のキー・磁気カード(クレジットカードなど)

※金属類や磁気の影響を受けやすいものは、MRI 室内には持ち込まないでください。  
壊れたり、使用できなくなった場合は当院では保証しかねます。

MRI 検査 同意書 (      年      月      日)

上記について十分理解した上で、MRI 検査を受けることに同意します。

署名 (本人または代理人)