

MRI検査を受けられる方へ 検査問診票

患者氏名：

検査予定日： 年 月 日

MRI検査を安全・確実に行うために、該当する項目に ☐ をつけてお答え下さい

体内に金属物がありますか ☐ はい ☐ いいえ

はいの方は以下の該当項目にチェックをして下さい

MRI検査ができないもの

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ 心臓ペースメーカー | ☐ 埋め込み型除細動器 | ☐ 神経刺激装置(神経脳刺激装置) |
| ☐ 人工内耳 | ☐ 埋め込み型心電図計 | |

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ ステンレス針(置き鍼) | ☐ 弾丸・鉄片 | ☐ 入れ墨・永久的なアイライン |
| ☐ 義眼 | ☐ 磁石を使用したインプラント義歯 | ☐ カラーコンタクトレンズ |
| ☐ 人工関節・プレート | 部位() | |
| ☐ 圧可変式の脳室シャントバルブ | (手術年月: 年 月) 病院名() | |
| ☐ 脳動脈クリップ | (手術年月: 年 月) 病院名() | |
| ☐ 血管内コイル | (手術年月: 年 月) 病院名() | |
| ☐ スtent | (手術年月: 年 月) 病院名() | |
| ☐ 人工心臓弁 | (手術年月: 年 月) 病院名() | |
| ☐ その他 | () | |

※安全性の確認がとれない材質は検査できません

※1970年以前の人工心臓弁(機械式)は検査できません

上記について、わかればお答え下さい

- ☐ 手術をした病院で、MRI検査は可能と言われた

狭いところは大丈夫ですか ☐ はい ☐ いいえ

20～30分、安静に寝ていられますか ☐ はい ☐ いいえ

(女性の方へ)妊娠または妊娠の可能性はありませんか ☐ はい ☐ いいえ

記入年月日 年 月 日