

MRI 問診票

検査日時： 年 月 日

患者氏名：()

下記の間診の結果によっては検査出来ない場合があります。

1. MRI 検査を受けるのははじめてですか？ はい・いいえ
2. 心臓ペースメーカーを使用していますか？ はい・いいえ
3. 動脈瘤クリップを使用していますか？ はい・いいえ
(いつ： 年 型番・材質：)
4. 義歯（インプラント）・義眼をしていますか？ はい・いいえ
(磁石式入歯・インプラントは同意書が必要です。)
5. 体内に金属類の埋め込みはありますか？ はい・いいえ
(いつ： 年 部位： 材質：)
6. その他手術をされたことはありますか？ はい・いいえ
(いつ： 年 部位：)
7. 入れ墨やカラーコンタクトはありますか？ はい・いいえ
* やけどをすることがあります。
8. 目に金属片が入ったことがありますか？ はい・いいえ
9. 妊娠中・妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

☆ 検査当日 問診票をお持ち下さい

問診記入者氏名：()