MRI 問診票

検査日時：　　年　　月　　日

患者氏名：（　　）

下記の問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．　体外に装着する医療機器はありますか？　　はい・いいえ
（持続血糖測定装置等）

８．　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。

９．　目に金属片が入ったことがありますか？　　はい・いいえ

１０．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：（　　）