

# MRI検査問診票

I D 氏名	性別 年齢 生年月日	【検査日】 □午前 □午後	年 月 日 時 分
-----------	------------------	---------------------	-----------------------

患者様に、安全に検査を受けていただく為に、必ず以下の確認をしてください。

\*記入もれ、誤記があると検査を中止する場合があります。

\*一項目ずつ確実に記入してください。

1 身体に危険を及ぼす または 画像不良の原因となるもの

- ・心臓ペースメーカー  
(有 ⇒ 検査不可)  無  有
  - ・入れ歯  
(マグネット式入れ歯 ⇒ 検査不可)  無  有
  - ・手術の経験  
(有 ⇒ 金属の確認)  無  有
  - ・手術による体内金属(クリップ、ステント、リザーバー、人工弁など)  
(有 ⇒ 金属のある部位と種類、MRI対応の製品か記入)  無  有
- 体内金属(部位: )  
(種類: )  
(MRI:  対応 ·  非対応 ⇒ 検査不可 )
- ・手術以外による体内金属(外傷による金属片、金属避妊リングなど)  
(有 ⇒ 金属のある部位と種類、MRI対応の製品か記入)  無  有
- 体内金属(部位: )  
(種類: )  
(MRI:  対応 ·  非対応 ⇒ 検査不可 )
- ・金属製の装具(義眼、義手、義足、かつら、シーネ)  
(装具の取り外し不可 ⇒ 検査不可)  無  有
  - ・金属研磨作業等、金属粉に接する職業の経験  
(皮下や眼窩内に金属粉が有 ⇒ 検査不可)  無  有
  - ・入れ墨・マスカラ・カラー(黒目強調)・コンタクト・ネイルデコレーション  
(有 ⇒ 火傷の可能性あり)  無  有

2 次に該当する場合、被験者は検査できない場合があります。

に✓にてチェックしてください。

- 閉所恐怖症 妊娠中またはその可能性がある者 体温調整機能の異常  
長時間の静止ができない者 不整脈等の刺激伝導系異常

※造影剤使用時には、『MRI用造影剤使用検査に関する問診票』の記入をお願いします。

上記の問診をおこないました。

主治医名

検査医確認