

MRI検査問診票

I D

氏 名

性 別

年 齢

生年月日

【検査日】

年 月 日

時 分

☐午前

☐午後

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 _____