

MRI 検査問診票

- ・MRI 検査は非常に強い磁場の中で行われる検査です。
- ・検査前に太枠1～8の質問にお答えください。

1. MRI 検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 狭いところは苦手ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. MRI は動きに弱い検査です。30 分程度動かずにいられますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4. これまでに手術をしたことがありますか？（内視鏡も含む） →「ある」の場合、いつ頃どのような手術を受けましたか？ いつ頃：() どのような手術：() いつ頃：() どのような手術：()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. 医療機器を使用していますか？ 「はい」の方は検査を受けられないことがあります。 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 除細動器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 <input type="checkbox"/> ループレコーダー <input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. 体の中に金属などが入っていますか？ <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ・コイル <input type="checkbox"/> 置き針 <input type="checkbox"/> 刺青・アートメイク <input type="checkbox"/> 血管ステント <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> DIB キャップ（尿道バルーンに付属） <input type="checkbox"/> 脳室シャント <input type="checkbox"/> 義肢・義眼 <input type="checkbox"/> インスリンポンプ <input type="checkbox"/> 手術クリップ <input type="checkbox"/> 脊椎固定具 <input type="checkbox"/> または血糖自己測定用センサー <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 子宮リング <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 磁気インプラント <input type="checkbox"/> けがや事故等による銃弾・金属片など	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7. 女性の方に質問します。 ➤ 妊娠中又はその可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 婦人科の検査の方は以下もお応えください。 ➤ 最終月経を教えてください。 年 月 日から 日間 又は 閉経した ※授乳中の方で MRCP 検査をお受けになる方は、検査後 48 時間授乳をお控えください。	
8. 身長と体重を教えてください。 身長 _____ cm 体重 _____ kg	
↓↓↓ 以下は検査直前に記入します。未記入のまま 50 番受付に提出してください。↓↓↓	
9. 検査の準備が出来ましたら、以下のものをお持ちでないか確認します。 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> コルセット・腰痛ベルト <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ・刺青・アートメイク <input type="checkbox"/> 時計 <input type="checkbox"/> カイロ・湿布・貼り薬 <input type="checkbox"/> 財布・小銭・磁気カード・鍵 <input type="checkbox"/> かつら・ウィッグ・髪の毛のパウダー <input type="checkbox"/> 携帯電話・スマートフォン <input type="checkbox"/> 装飾品・貴金属 <input type="checkbox"/> 電子機器 <input type="checkbox"/> DIB キャップ・血糖自己測定用センサー	

検査に同意し、記入漏れ・間違いがなければご署名をお願いいたします。

※ご本人が記入できない場合は、代理人の方のご署名をお願いいたします。

西暦 年 月 日

氏名

代理人氏名

確認者（検査担当者）

多摩南部地域病院 放射線科 2022/05