

# MRI 問診票

紹介検査用

記入年月日 平成 年 月 日

検査予定日 平成 年 月 日

氏名:

生年月日: 年 月 日 体重 kg

情報提供者: 本人・家族 (続柄: ) 問診者:

○体内に以下のような医療による金属類、機械、人工的なものがありますか。1つでも当てはまる方はMRI検査を受けることはできません。

- |                               |       |
|-------------------------------|-------|
| ①心臓ペースメーカ、埋め込み型除細動器           | あり・なし |
| ②人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置         | あり・なし |
| ③脊柱管内リード線、脊髄刺激装置              | あり・なし |
| ④体内に外傷などによる金属片混入歴 (銃弾破片や鉄片など) | あり・なし |

○体内に以下のような医療による金属類、機械、人工的なものがありますか。当てはまるものがあるれば、その素材がMRI検査に対応しているか確認する必要があります。

- |                                          |              |
|------------------------------------------|--------------|
| ①脳動脈瘤クリップ (くも膜下出血の手術) やコイル               | あり・なし(手術 年頃) |
| ②人工骨頭、人工関節、釘など (整形の手術)                   | あり・なし(部位 )   |
| ③心臓や血管内の金属類、人工物                          | あり・なし(部位 )   |
| □リード線 □コイル □ステント □人工血管 □静脈フィルター □その他 ( ) |              |
| ④心臓人工弁                                   | あり・なし(手術 年頃) |
| ⑤胆管、食道、気管などの金属ステント                       | あり・なし(部位 )   |
| ⑥圧可変式バルブシャント (水頭症の手術)                    | あり・なし        |
| ⑦消化管の止血のクリップ、マーキングクリップ                   | あり・なし(部位 )   |

○以下の金属類を身につけていれば、□にチェックしてください。 あり・なし

- 補聴器 □義眼 □義足 □義手 □歯列矯正器具 □コルセット  
□入れ歯 (□磁石を使用したタイプの入れ歯 □はめ込むタイプの入れ歯)  
□鍼(はり)治療の針 □その他 ( )

○今までに手術歴はありますか。 あり・なし

ありの方は、部位と疾患名をお書きください

- |                |                |
|----------------|----------------|
| 部位 ( ) 疾患名 ( ) | 部位 ( ) 疾患名 ( ) |
| 部位 ( ) 疾患名 ( ) | 部位 ( ) 疾患名 ( ) |

○刺青 (イレズミ)、タトゥーをしていますか。 あり・なし(部位 )

○カラコン、つけまつげ、マスカラを使用していますか あり・なし

○女性の方で妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか あり・なし

○閉所恐怖症ですか あり・なし

○今までにMRIを受けたことがありますか あり・なし

○遠赤外線・保温性が高い衣類 (ヒートテック等) を着用していますか あり・なし

○乳房MRI検査、婦人科MRI検査を受けられる方は、月経についてご記入ください (女性のみ)

最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 : 月経周期 日) 閉経 歳