

MRI 問診票

記入年月日 西暦 年 月 日

ID :

氏名 : 様

身長 cm 体重 kg 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。(MR 対応デバイスであっても、検査できない場合があるので、放射線科スタッフまでお問い合わせください)

- | | |
|-------------------------------|-------|
| 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/脊髄刺激装置・リード線などの体内電子装置 | あり・なし |
| ③インスリンポンプ、持続グルコース測定器 | 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場合は、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、気管などの金属ステントや消化管の止血クリップ | 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乳癌術後または美容目的で、乳房拡張器を挿入していますか? | あり・なし |

○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 () |

○今までに MRI を受けたことがありますか あり・なし

○閉所恐怖症ですか あり・なし

○てんかんと診断されたことはありますか 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

○刺青 (イレズミ)、タトゥーをしていますか あり・なし

○増毛パウダー (ミリオンヘアーやアートミクロンなど) を使用していますか あり・なし

○カラコン、つけまつげ、マスカラ、ネイルアート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はありますか あり・なし