

MRI 問診票

紹介検査用

記入年月日 西暦 年 月 日

氏名： 様
生年月日： 年 月 日
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、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()

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| ○刺青(イレズミ)、タトゥーをしていますか | あり・なし |
| ○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はありますか | 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 |