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
○ネイルアート（マグネットネイルやジェルネイル）をしていますか　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