MRI 検査問診票（山鹿市民医療センター）

氏名：　　生年月日：　　年　　月　　日

問診項目	禁忌	要注意	
・ペースメーカーを装着していますか	はい		いいえ
・人工内耳を装着していますか	はい		いいえ
・手術歴はありますか 内容（　　）		はい	いいえ
・手術やカテーテル治療などで体内に金属が入っていますか 該当するものにチェックして下さい 人工骨頭、人工関節、金属ステント、動脈瘤クリップ、心臓人工弁、 その他（　　） いつ頃手術しましたか（　　）		はい	いいえ
・義眼・義足・義手をしていますか		はい	いいえ
・義歯・歯列矯正具・インプラントをしていますか		はい	いいえ
・刺青（いれずみ）をしていますか		はい	いいえ
・金属類を身に付けていますか 該当するものにチェックして下さい 補聴器、ヘアピン、白髪染増毛用パウダー、アクセサリー類、鍵、 カラーコンタクトレンズ、その他（　　）		はい	いいえ
・金属付下着、発熱下着を身に付けていますか		はい	いいえ
・湿布、エレキバン、カイロを身に付けていますか		はい	いいえ
・閉所恐怖症ですか		はい	いいえ
女性のみ			
・妊娠中または妊娠の可能性がありますか		はい	いいえ
・避妊リングをしていますか		はい	いいえ
・アイシャドウ、マスカラ、マニキュア、ネイル等の化粧をしていますか		はい	いいえ
造影検査の方のみ			
・喘息の既往がありますか		はい	いいえ
・過去に造影剤による気分不良などありましたか 内容（　　）		はい	いいえ
・アレルギーがありますか 内容（　　）		はい	いいえ
・腎機能が悪いと言われたことがありますか		はい	いいえ
・てんかんの既往がありますか		はい	いいえ
その他留意事項			

MRI 検査（可・不可）　　問診医（　　）