

# 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、時計、携帯電話、アクセサリー類、鍵、 メガネ、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、エレキパン、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( )