**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 |
| ・人口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 |  | はい | いいえ |
| 内容（ ） |
| ・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 |  | はい | いいえ |
| 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（ ） |
| ・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 |  | はい | いいえ |
| 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( ) |
| ・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 |  | はい | いいえ |
| 内容（ ） |
| ・アレルギーがありますか |  | はい | いいえ |
| 内容（ ） |
| ・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( )