**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 | 　 | 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、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( ) | 　 | 　 | 　 |
| ・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( )