**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( )