

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 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()