

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() MRI(対応・非対応) ← ○をつけて下さい		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
・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ありますか		はい	いいえ
・避妊リングをしていますか MRI(対応・非対応) ← ○をつけて下さい □		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
当日の確認	・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、白髪染増毛用パウダー、アクセサリ類 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
	・アイシャドウ、マスカラ、マニキュア、ネイル等化粧をしていますか		はい いいえ
その他留意事項 □			

MRI検査 (可・不可) 依頼施設 () 依頼医 ()