

MRI 検査問診票

MRI 検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。

ご本人、あるいはご家族等付き添いの方が責任を持ってお答えください。

(はい・いいえ・わからない) のうち、いずれか 1 つ〇で囲んでください。

- (1) 今までに MRI 検査を受けられたことがありますか？ はい・いいえ・わからない
- (2) 心臓ペースメーカーや人工内耳を使用していますか？ はい・いいえ・わからない
- (3) 今までに手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ・わからない
[はい] の場合は何の手術ですか？ ()
- (4) 身体の中もしくは周りに金属を装着していますか？ はい・いいえ・わからない
[はい] の場合は〇をつけてください。金属が不明なものは(17)に記載してください。
血管クリップ・人工骨頭・人工関節・心臓人工弁・ステント・義眼
医療用チューブ・塞栓コイル・放射線治療針・糖濃度測定機器・その他 ()
- (5) 歯科矯正やインプラント、マグネットタイプの入れ歯をしていますか？ はい・いいえ・わからない
- (6) 刺青やアートメイクをしていますか？ はい・いいえ・わからない
- (7) カラーコンタクトレンズを装着していますか？ はい・いいえ・わからない
- (8) 目の中に金属(金属片)が入っていますか？また、過去や現在に目の中に金属が入るような可能性のある職業(例えば建設機械を扱う仕事など)についてありますか？ はい・いいえ・わからない
- (9) 補聴器を使用していますか？ はい・いいえ・わからない
- (10) 経皮吸収貼付剤(ニトロダーム TTS 等)を使用していますか？ はい・いいえ・わからない
- (11) 狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか？ はい・いいえ・わからない
- (12) 喘息と言われたことがありますか？ はい・いいえ・わからない
- (13) 腎臓病または腎機能障害と言われたことがありますか？ はい・いいえ・わからない
- (14) 薬剤でアレルギーがありますか？ はい・いいえ・わからない
- (15) 現在、妊娠中ですか？ はい・いいえ・わからない
- (16) 現在の身長と体重を記載してください 身長_____cm
体重_____kg
- (17) MRI 検査について 聞きたいことがありましたら記入してください。

記入日 年 月 日 記入者氏名 _____

回答者(本人・配偶者・父母・兄弟姉妹・子・親権者・保護義務者・法定代理人・その他)

※問診票の結果によっては、身体的安全性を考慮し検査を中止することがあります。

※一つでも「はい」と回答した箇所がある場合は、事前に、当センター(地域連携・訪問支援科)にご連絡下さい。