

MRI問診票

MRI検査は大きな磁場内に身体を入れ、身体各部の断層像を見るものです。通常のX線検査と異なりますので、検査にあたり下記の間診にお答え下さい。（□にレ印を入れて下さい）

*本人が記入できない場合は、付き添いの方に記入してもらって下さい。

- | | はい | いいえ |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 心臓ペースメーカを使用していますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 今までに手術をしたことはありますか
'はい'と答えられた方は具体的に() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *例)銃弾etc・・・ | | |
| 3 身体の中に金属が入っているといわれたことがありますか
(脳動脈瘤クリップ・人口内耳・骨成長刺激装置・人口心臓弁・()等 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 取り外しの出来る義歯を使用されていますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 義眼を使用されていますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 眼の中 ・ 身体の中に仕事・事故などにより金属が入った経験がありますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 コンタクトレンズを使用されていますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 閉所恐怖症ですか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 てんかんの発作を起こした事がありますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 入れ墨がありますか(入れ墨部分に熱を帯びる事があります) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

腹部・骨盤検査時のみ(腸の動きを止める薬剤を筋注・消化管造影剤(鉄剤)を飲水して頂く場合があります)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12 下記の病氣中で今までにかかったことのあるものを○で囲ってください
(緑内障・狭心症・不整脈・糖尿病・前立腺肥大) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 ヘモクロマトーシス等鉄過敏症と言われた事がありますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 今までに薬物過敏症と言われた事がありますか | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※ 身長と体重をご記入ください。 身長()cm 体重()kg

記入日 : 平成 年 月 日 署名 ()