

# MRI検査問診票

問診票の項目に該当する箇所があれば、□内にレ印の記入をお願いいたします。

なお、該当箇所がない場合は、一番下の『該当項目なしの欄』にレ印を記入してください。

※ 本人が記入できない場合は、代理の方がご記入ください。

- 心臓ペースメーカーを使用している。
- 持続注入器その他の電子機器を使用している。
- 脳動脈瘤クリップ、ステントなどの医療用金属材料が体内に入っている。  
(  但し、材質が非磁性体とわかっている )
- 人工内耳、義眼等を使用している。(検査時外してください)
- 人工関節等の金属や骨折用プレートが体内に存在する。(入っている部位 \_\_\_\_\_ )
- 水頭症治療用シャントを埋め込んでいる。
- 妊娠中(4ヶ月未満) またその可能性がある。
- 旋盤などの金属を加工する職業をしていた。事故やケガで目の中に金属片が入ったことがあ
- リブレ(血糖測定センサー)を装着している。
- 入れ墨、アートメイク、カラーコンタクト、かつら等を施している。
- マグネットネイル・ジェルネイルを施している。(検査までに取外して下さい)
- 磁石式の入歯(磁性アタッチメント義歯)を使用している。
- 激しい痛みのため仰向けに寝れない又、静止できない。
- 閉所恐怖症(狭いところに長時間じっとしてられない)
- 心臓の病気(狭心症・不整脈など)があると云われたことがある。
- 最近、てんかんの発作を起こしたことがある。
- 該当項目なし

\*検査を安全に受けていただくために体重のご記入をお願いします。

記載日(      月      日)      体重(      ) kg

署名( \_\_\_\_\_ )      (本人・代理人)

三木市志染町広野5丁目271 医療法人社団関田会 ときわ病院

TEL0794(85)2304 FAX0794(85)3868