

検査日 年 月 日

MRI検査問診票（ドック用）

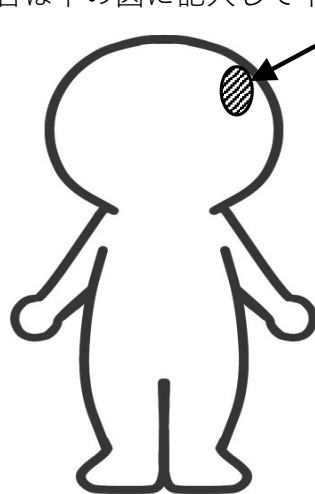
《 受診者情報 》

* 枠内の記入をお願いします

氏名	_____		
生年月日	_____		
年齢	才	性別	_____
住所	〒 _____		

MRI検査において安全な検査を行うために、下記の項目にチェック☑をお願いします。

- 1 今まで手術や処置で体内に金属・異物などがありますか？…… ☐ はい ☐ いいえ
「はい」の場合は下の図に記入して下さい。（例 頭に脳動脈クリップ 60歳頃）



どこに

何を

いつ頃

当院では以下にあてはまる方は
MRI検査できません。

- ☐ 心臓ペースメーカー 人工心臓弁
- ☐ 植込み型除細動器
- ☐ 圧可変式シャントパルプ
- ☐ 神経・脊髄刺激装置
- ☐ 人工内耳 人工中耳

- 2 1で「はい」の方、上記の金属はMRIに対応していますか？…… ☐ 対応 ☐ 非対応
(詳細不明の場合、挿入を行った医療機関等への確認が必要な場合があります。スタッフまで) ☐ 詳細不明
- 3 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ …… ☐ はい ☐ いいえ
- 4 閉所恐怖症はありますか？ …… ☐ はい ☐ いいえ
- 5 入れ墨、アートメイク等がありますか？ …… ☐ はい ☐ いいえ
- 6 歯科用インプラント・矯正ワイヤー等がありますか？ …… ☐ はい ☐ いいえ
- 7 ネイルアートをしていますか？(マグネットネイルは不可) …… ☐ はい ☐ いいえ
- 8 貼り薬(ニトロダーム・ニコチネル・ニュープロパッチ等)はありますか？ …… ☐ はい ☐ いいえ
- 9 撮影上必要なため、体重をご記入下さい。(体重 kg)

放射線科記入

- 身に付けている全ての金属・湿布・入れ歯・補聴器・眼鏡 ☐ 無
コンタクトレンズ・化粧品・UVクリーム・ヒートテック等の発熱系肌着

- MRI非対応のストレッチャー・車椅子・酸素ボンベ・点滴棒 ☐ 無 (確認者名)