

MRI検査を受けられる方へ 問診票

検査日 年 月 日

患者氏名：

●体内金属について下記項目に該当するものがあれば□内に☑の記入をお願いします。

体内に埋め込んだ器械がある方

-
- ペースメーカー
-
-
- 植込み型除細動器
-
-
- 人工内耳
-
-
- 神経刺激装置
-
-
- 可動性義眼

体内に金属類のある方

-
- 脳動脈瘤クリップ
-
-
- 金属ステント
-
-
- コイル類
-
-
- 人工心臓弁
-
-
- 人工関節や整形外科手術の金属
-
-
- シェントバルブ
-
-
- 歯科用インプラント
-
-
- 避妊リング

その他

-
- 刺青、それに類似する化粧法（恒久メイクアップ）をされている方
-
- （火傷や変色や腫れの可能性があります）
-
-
- 閉所恐怖症や暗所恐怖症の方
-
-
- 妊娠中、または妊娠している可能性がある方

 いずれも該当なし 該当あるが、医師に確認のうえ検査可能

看護師サイン

技師サイン

●体外金属について下記項目を外し□内に☑の記入をお願いします。

	看護師 チェック	技師 チェック
カツラ、増毛スプレー、ヘアカラークリーム、ヘアピン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入れ歯、補聴器、アクセサリ（ピアス、ネックレス等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
眼鏡、眉墨、カラーコンタクト、アイシャドー、まつげ装飾一式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ラメ装飾一式、爪装飾一式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヒートテック下着、金属付き下着、安全ピン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カイロ、湿布、薬剤テープ、磁気治療貼付剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腕時計、財布、鍵、携帯電話、電子機器類	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

看護師サイン

技師サイン