

MRI 検査 問診票

令和 年 月 日

※この用紙をご記入の上、診療情報提供書、予約票とともに当日お持ちください。

患者氏名： _____ 様

該当する項目に☑をつけ、ご記入をお願いいたします。

- 1) 心臓植込型電氣的デバイス（ペースメーカー・ICD・CRT-D）を植え込んでいる。
 いいえ はい（注意点※1 参照）
- 2) 人工内耳を埋め込んでいる。
 いいえ はい（注意点※1 参照）
- 3) 神経刺激器、植込型プログラマブル注入ポンプを植え込んでいる。（注意点※1 参照）
 いいえ はい（神経刺激器、埋込型プログラマブル注入ポンプ）
- 4) 磁力で装着する義眼を植え込んでいる。
 いいえ はい（注意点※1 参照）
- 5) 磁石を利用した義歯で、体に磁石を植え込んでいる
 いいえ はい（注意点※1 参照）
- 6) 圧可変式バルブ付き V-P シャントを留置している。（注意点※1 参照）
 いいえ はい（注意点※1 参照）
- 7) 脳動脈クリップを留置している。（注意点※2 参照）
 いいえ はい（1999 年以前に留置： はい いいえ）
- 8) 気管支ステントを留置している。（注意点※2 参照）
 いいえ はい
- 9) 気管支ステント以外のステントを留置している。（注意点※2 参照）
 いいえ はい（部位： _____ 留置後 8 週未満： はい いいえ）
- 10) 骨・関節修復のための固定金属等、体内に金属を留置している。（注意点※2 参照）
 いいえ はい（部位： _____）
- 11) 入れ墨やアートメイク、金の糸美容をしている。（注意点※2 参照）
 いいえ はい
- 12) 閉所恐怖症である。（注意点※2 参照）
 いいえ はい
- 13) 女性の方のみお答えください。妊娠中または妊娠の可能性がある。（注意点※2 参照）
 いいえ はい
- 14) 身長と体重をご記入ください。 身長： _____ cm 体重： _____ kg

【注意点】

※1. 1) ～6) の全てが「いいえ」でない場合は、原則検査はできません。

※2. 7) ～14) のいずれかが「はい」の場合でも、検査の実施が可能であると主治医が判断される場合は、その理由を下記の枠内にご記載ください。

（記載例：体内に金属が入っているが、MRI 検査を実施できる素材であるため）

【お申し込み・お問い合わせ】

地域医療連携室（受付時間 平日 8：45～19：00 土曜日 9：00～12：30）

直通 FAX：052-680-9970 TEL：052-680-8999