

単純 MRI 検査 問診票

患者様氏名 _____ 様

検査をできるだけ安全確実に行うため、以下の項目に答えていただき、検査当日
地域医療連携センターにご持参ください。

＜問診＞

該当する項目に印をつけ、該当項目について（）内に記載をお願いします。

- ・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 （MRI 対応型である： はい いいえ ）
- ・人工内耳を植え込んでいる。
□いいえ □はい （MRI 対応型である： はい いいえ ）
- ・神経刺激器、植え込み型プログラマブル注入ポンプを植え込んでいる。
□いいえ □はい （ 神経刺激器 植え込み型プログラマブル注入ポンプ ）
- ・脳動脈クリップを留置している。
□いいえ □はい （1999 年以前に留置： はい いいえ ）
- ・気管支ステントを留置している。
□いいえ □はい
- ・気管支ステント以外のステントを留置している。
□いいえ □はい （部位： 留置後 8 週未満： はい いいえ ）
- ・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
- ・圧可変式バルブ付き VP シヤントを留置している。
□いいえ □はい
- ・インスリンポンプ、持続グルコース測定器を留置している。
□いいえ □はい
- ・導尿・尿道カテーテルを留置し、磁力により開閉するキャップを使用している。
□いいえ □はい
- ・その他、体内に金属を留置している。（例：義眼、人工関節、固定金具など）
□いいえ □はい （留置物： /部位： ）
- ・入れ墨やアートメイクがある。
□いいえ □はい
- ・閉所恐怖症がある。
□いいえ □はい
- ・体重をご記入ください。
体重： _____ kg

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。
□いいえ □はい □不明