MRI検査のための問診票

MRI検査は磁石と高周波を利用して体の断面像を撮影し、病気の原因を調べる検査です。

体に及ぼす影響は少ない検査ですが、場合によっては検査を行えない場合があります。

安全に検査を受けて頂くために、以下の質問にお答えください。

1. MRI検査を受けるのは初めてですか？ （　はい　　　　いいえ　）
2. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか？ （　はい　　　　いいえ　）
3. 今までに大きな病気をしたことがありますか？ （　はい　　　　いいえ　）
4. 今までに手術をしたことがありますか？ （　はい　　　　いいえ　）

昭和・平成・令和　 　　　年頃　　　　　手術名（　　 ）

1. アレルギーはありますか？ 　　　　　　（　はい　　　　いいえ　）
2. ぜんそくはありますか？ （　はい　　　　いいえ　）
3. 湿布などの貼薬をしていますか？ （　はい　　　　いいえ　）
4. 刺青、永久アイラインなどが入っていますか？ （　はい　　　　いいえ　）
5. 取り外しのできる入れ歯を使用していますか？ （　はい　　　　いいえ　）
6. （女性の方のみ）現在妊娠している可能性がありますか？ （　はい　　　　いいえ　）

注）妊婦のMRI検査における胎児の安全性は確立しておりません。

**検査を承諾して頂けますか？**

**（　はい　　　　いいえ　）**

**年　　　月　　　日　　患者氏名 　　　　　 （署名）**

**代理人氏名 　　　 （署名）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との続柄：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

《主治医の先生へ》

MRI検査を円滑に施行するため、以下の事項の確認をお願いします。

1. 心臓ペースメ－カー、人工内耳の有無　 （　なし　　　　　あり　）
2. 体内金属の有無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　なし　　　　　あり　）

脳動脈瘤クリップ、ステント、コイル、心臓人工弁、人工関節、義眼、

事故や戦争等による金属片　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）

検査時に患者さんに対する緊急処置が必要な場合、当院の対応に一任して頂きます。

**年　　　月　　　日　　医師名**

**当院放射線科医確認欄　　　　　検査可　　・　　不可**

新城市民病院　放射線科

2021.08