

# 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( )
5. アレルギーはありますか？ ( はい いいえ )
6. ぜんそくはありますか？ ( はい いいえ )
7. 湿布などの貼薬をしていますか？ ( はい いいえ )
8. 刺青、永久アイラインなどが入っていますか？ ( はい いいえ )
9. 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 )
10. (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. 心臓ペースメーカー、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