

MRI検査事前問診票

様

以下の問診にお答えください。この用紙は必ず検査当日にお持ちください。

- 心臓ペースメーカー・埋込み型除細動器 (無 ・ 有) (有) 検査不可です
- 内視鏡止血クリップ (無 ・ 有) (有) 脱落確認が必要です
- 人工弁置換 (無 ・ 有)★
- 脳動脈瘤クリップ (無 ・ 有)★
- その他の手術クリップ (無 ・ 有)★
- V-Pシャント (無 ・ 有)★
- 子宮内避妊具 (無 ・ 有)★
- 人工内耳・人工中耳 (無 ・ 有)★
- 人工骨頭、人工関節、ボルト類 (無 ・ 有)★
- 義足、義手、義眼 (無 ・ 有)★
- 入れ歯 (無 ・ 有)
- インプラント義歯 (無 ・ 有)★
- マグネット式義歯 (無 ・ 有)★
- 針治療の針 (無 ・ 有) 検査時に外す必要があります
- 不整脈 (無 ・ 有)
- 閉所恐怖症 (無 ・ 有)
- 意識障害、認知症 (無 ・ 有)
- 妊娠(16週未満は要相談) (無 ・ 有) _____ 週
- カラーコンタクトレンズ (無 ・ 有) 検査時に外す必要があります
- 入れ墨・アートメイク・タトゥー等 (無 ・ 有) (有) 別途同意書が必要です
- ニトロダーム等(経皮吸収貼付剤) (無 ・ 有) 検査時に外す必要があります
- その他 (_____)
- 体重(必ず記入してください) _____ Kg

《問診時の注意点》

問診事項で“有”に該当する場合、MRIの撮影ができない場合があります。

体内金属がある場合、実施医療機関にてMRI撮影が可能なおことをご確認ください。(★印の項目が有)

その他、問診内容に不明な点がございましたら当院連携室へご連絡ください。 ☎052-444-0054