

# MR I 検査問診票

平成 年 月 日

(ふりがな)

患者氏名： \_\_\_\_\_

性別：  男  女

生年月日：  明  大  和  平 年 月 日

年齢： \_\_\_\_\_ 歳

●下記の質問についてお答えください。

|   |   |
|---|---|
| ① 心臓ペースメーカーや人工内耳を使用していますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ② 今までにMRI検査を受けたことがありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⇒ 【“はい”とお答えの方】<br>MRI検査の時に具合が悪くなったことがありますか？   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ③ 手術を受けたことがありますか？   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⇒ 【“はい”とお答えの方】<br>いつ頃、どのような手術でしたか？<br>_____ 年頃 手術名 _____  |   |
| ④ 手術で体内に埋め込んだものはありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⇒ 【“はい”とお答えの方】<br>埋め込んだものにチェックをしてください。<br>( <input type="checkbox"/> 手術クリップ <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 塞栓用コイル<br><input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 避妊用金属リング <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 人工内耳<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 不明 ) |   |
| ⑤ その他の金属類が体内にありますか？(金属片や弾丸など)   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑥ 入れ歯や補聴器を付けていますか？  | <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 補聴器 |
| ⇒ 【“入れ歯”とお答えの方】<br>入れ歯はマグネット式ですか？   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑦ 入れ墨、タトゥー、アイシャドウはしていますか？   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑧ コンタクトレンズは付けていますか？   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑨ 狭いところに入って気分が悪くなったことはありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑩ 【女性の方】現在、妊娠しているまたはその可能性はありますか？  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |
| ⑪ 体重をご記入ください。   | _____ kg  |

上記確認のうえ、医療機関名と担当医のサインをお願いします。

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師名： \_\_\_\_\_

検査申込書と共に本紙を東取手病院 (FAX: 0297-72-5676) へご送信ください。