

MRI 検査 事前問診票

MRI 検査には強い磁力を用います

安全に検査を行うため、はい いいえ どちらかを○で囲んでください

記入日 年 月 日

氏名 様 身長 cm 体重 Kg

- ◆ これまでに MRI 検査を受けたことがある はい いいえ
- ◆ 心臓ペースメーカー又は除細動器、神経刺激装置、人工内耳、
磁石式の義歯・義眼・人工肛門が体内にある はい いいえ
「はい」の場合 いつ・何を ()
- ◆ 圧可変式バルブシャント (L-P シャント・V-P シャント)
インシュリンポンプ、血糖値測定装置が体内にある はい いいえ
- ◆ 体内に金属または異物を埋め込む手術やカテーテル、内視鏡治療をした
くクリップ (脳・消化管)、骨関節 (固定金属・人工関節)、置き針
心臓・血管内 (ステント・フィルタ・人工弁) など >
「はい」の場合 いつ・何を ()
- ◆ 入れ墨やタトゥー、アートメイクをしている はい いいえ
- ◆ 閉所恐怖症である はい いいえ
- ◆ 痛みや咳があり、検査の間じっとしてられない はい いいえ
- ◆ 下記のものをつけている方は検査当日までに外してご来院下さい
◇カラーコンタクトレンズ ◇マニキュア・ネイル ◇マグネット付けまつげ
◇持続自己血糖測定器 ◇毛髪パウダー ◇アクセサリ類
- ◆ 下記のものをつけている方は○で囲んでください (検査前に外していただきます)
◇入れ歯 ◇補聴器 ◇ヒートテック ◇カイロ
◇ヘアピン ◇かつら・ウィッグ ◇貼り薬 (湿布・エレキバン・心疾患用等)

女性の方のみ

- ◆ 現在妊娠している、もしくはその可能性がある はい いいえ

その他、上記にはないものを体内・体外に挿入・装着されている方はお申し出ください

ご協力ありがとうございました 不明な点がございましたら検査前にお尋ねください
熊本リハビリテーション病院 (放射線部) TEL 096-232-5563