

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 令和 年 月 日

氏名 _____ 様 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、
磁石式の人工肛門・義歯・義眼が体内にある 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
<クリップ (脳・消化管)、骨関節 (固定金属・人工関節)、置き針
心・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○で囲んでください
◇入れ歯 ◇補聴器 ◇カラーコンタクトレンズ ◇アクセサリ類
◇ヘアピン ◇かつら・ウィッグ ◇毛髪パウダー
◇貼り薬 (湿布・エレキバン・心疾患用等) ◇カイロ ◇ヒートテック

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

ご協力ありがとうございました ご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