MRI検査問診票

※MRI検査を安全に行うために以下の質問に正確にお答えください。

①体内に以下のような医療用の金属・機器が入っていますか？

★心臓ペースメーカー	いいえ	はい
★植込み型除細動器	いいえ	はい
★人工内耳	いいえ	はい
★神経刺激装置	いいえ	はい
★金属製の人工心臓弁	いいえ	はい
★消化管の止血クリップ	いいえ	はい
★脳室シャントチューブ	いいえ	はい
人工関節・骨頭	いいえ	はい
歯科用インプラント	いいえ	はい
血管内の金属・人工物 （コイル・ステント・フィルター）	いいえ	はい

★印が付いているものが［　はい　］の場合はMRIを勧めて頂いた医師へ連絡をお願いします。
※[はい]がある場合はそれを入れた時期をご記入ください。
【　　年　　月頃】

② 体内に上記以外の人工物が入っていますか？　いいえ　はい

※[はい]の場合はその物の名称と入っている部位をご記入ください。
【　　】

③ 入れ墨・アートメイクをしていますか？　いいえ　はい

＊検査当日は化粧をお控えいただくか、落とせるようにご準備をお願いします。
化粧品に含まれる成分によっては、皮膚の損傷や検査に影響が出る可能性があります。

④ カラーコンタクトレンズを使用していますか？　いいえ　はい

⑤ （女性のみ）妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？　いいえ　はい

⑥ 使用する電磁波の影響を考慮する上で必要なため、身長と体重をご記入ください。

身長［　　］cm　体重［　　］kg

記入日　　年　　月　　日　氏名