

MRI問診票

検査日平成 年 月 日

様

生年 平成 年 月 日 生
月日 昭和 大正

MRI検査を安全に受けていただくため、検査部位にかかわらず、以下の項目にお答えください。

心臓ペースメーカーを装着している	有 ・ 無
脳動脈瘤クリップがある	有 ・ 無
手術したことがある 内容:	有 ・ 無
体内に金属や器具類がある (人工内耳等) 内容:	有 ・ 無
義歯(入れ歯)・義眼がある	有 ・ 無
<有と答えた方へ> それは磁石を利用した義歯・義眼ですか?	はい・いいえ
刺青(いれずみ)・アート眉・永久アイラインがある	有 ・ 無
閉所恐怖症がある	有 ・ 無
妊娠している	はい ・ いいえ ・ わからない

ご協力ありがとうございました

問診確認後 MRI検査 可 ・ 不可 医療機関名 医師名

平成24年11月1日 作成佐々総合病院