

MRI問診票

検査日

ID

様
生

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・コンタクトレンズ等) 内容:	有 ・ 無
義歯(入れ歯)・義眼・補聴器がある	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
体に貼付薬をしている 内容:	有 ・ 無
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

上記項目で "有" の場合、やけどや画像への影響が考えられます

問診確認後 MRI検査 可 ・ 不可
医師名