



## MRI 検査 問診票

氏名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 性別 男 ・ 女 体重 \_\_\_\_\_ kg

★過去に MRI 検査を受けた事がある ( ない ・ ある ) 当院 ・ 他院 \_\_\_\_\_ 年前

① 体内に以下のような医療用の金属、機械、人工物がありますか

- ・ 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器 ( なし ・ あり )
- ・ 人工内耳、神経・脊髄刺激装置などの体内電子装置 ( なし ・ あり )
- ・ 脳動脈瘤クリップ (くも膜下出血の手術) ( なし ・ あり )
- ・ 圧可変式バルブシャント (脳室シャントなど) ( なし ・ あり )
- ・ 心臓や血管内の金属類、人工物 ( なし ・ あり )  
(人工心臓弁、リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど)
- ・ 人工骨頭、人工関節、釘など (整形外科手術) ( なし ・ あり )
- ・ 胆管、食道、気管などの金属ステント ( なし ・ あり )
- ・ 消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ ( なし ・ あり )
- ・ カプセル内視鏡、インシュリンポンプ、避妊リングなど ( なし ・ あり )
- ・ 体内に外傷による金属片 (銃弾破片や鉄片など) ( なし ・ あり )

★ (あり) の場合、その時期をお知らせください ( 当院 ・ 他院 \_\_\_\_\_ 年前 )

② 下記の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい

補聴器 義眼 義足 義手 磁石を利用した義歯(入れ歯) 歯列矯正器具 コルセット 鍼(はり)の治療針 金糸 磁性歯科インプラント 磁石式の尿道カテーテルキャップ
---

★上記 ①、②以外の金属、機器、人工物があればご記入下さい

[ \_\_\_\_\_ ]

- ③ 入れ墨、アートメイク等をしていますか ( いいえ ・ はい )  
(やけど、発赤、熱感、脱色等の可能性があります。)
- ④ カラーコンタクトズを使用していますか ( いいえ ・ はい )
- ⑤ 貼り薬を貼っていますか ( いいえ ・ はい )  
(ニトロダーム、ニコチンパッチ、ニュープロパッチ、ノルスバンテープ 等)
- ⑥ 閉所恐怖症ですか ( いいえ ・ はい )
- ⑦ (女性の方へ) 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか ( いいえ ・ はい )

**先生方の確認をお願いします。**

\* ①～⑦の項目で「あり」「はい」にチェックがあれば、ご確認下さい。

検査可能確認

要相談

★金属等について、ご質問があれば検査前日までに、ご相談ください。