

## MRI検査問診票

MRI検査を安全かつ円滑に行うために、下記の質問に対して はい・いいえ に○で正確にお答えください。

1. 体内に以下のような医療機器、金属等がありますか？ **該当する方は当院では検査が行えません。**
- ◎心臓ペースメーカー（MRI対応も含む）、埋め込み型除細動器 \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- ◎人工内耳、神経刺激装置、脊柱管内リード線などの体内装置 \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- ◎可変圧式バルブシャント（脳室シャント、V-Pシャント） \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- ◎体内に外傷による金属片（鉄片や銃弾破片等）がありますか？ \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- ◎刺青（アートメイク、アイメイクなども含む）がありますか？ \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- ◎妊婦または妊娠の可能性がありますか？ \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）

2. 上記以外の体内金属等がありますか？ **X線写真等による確認が必要となる場合があります。**
- ◎頭部の手術による金属（脳動脈クリップなど） \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- ◎内視鏡手術（胃ポリープ切除、大腸ポリープ切除、消化管出血止血術等） \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- ◎整形外科手術による脊椎固定具や人工関節などの金属類 \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- ◎心臓や血管内に金属類・人工物  
（心臓弁、ステント、コイル、人工血管、フィルターなど） \_\_\_\_\_（ はい ・ いいえ ）
- 上記で はい と答えられた方へ 手術されたのは何年頃ですか （ \_\_\_\_\_ ）

3. 以下の金属類や人工的なものを身につけている場合は○で囲んでください。
- ・義眼 ・かつら ・増毛パウダー ・義足 ・義手 ・補聴器 ・歯科矯正具  
・義歯（入れ歯、インプラント、磁石を利用した義歯） ・コルセット ・コンタクトレンズ  
・治療用置き針 ・避妊リング ・インスリンポンプ、持続グルコース測定器（CGM/FGM）
- ※上記以外の金属類、機器等、また不明な体内金属がある場合はご記入ください。 （ \_\_\_\_\_ ）

4. 貼付薬（外すのに医師の指示が必要なものがあります）を貼っていますか？  
（ニトロダーム、ニュープロパッチ、フェントスなど） （ はい ・ いいえ ）
5. 遠赤外線、保温性が高い衣類（ヒートテック等）を着ていますか？ （ はい ・ いいえ ）
6. 閉所恐怖症ですか？ （ はい ・ いいえ ）
7. 痛みや咳などで、約30分の静止、同一姿勢の維持が困難ですか？ （ はい ・ いいえ ）

上記問診の意義および注意事項について説明を受け、質問する機会を得、MRI検査説明書を確認しました。  
検査を実施することに同意します。

記入日 令和 年 月 日

検査を受ける方の氏名 \_\_\_\_\_ ※ 必ず記入ください  
現在の身長 \_\_\_\_\_ c m  
現在の体重 \_\_\_\_\_ k g

代筆の場合： 家族等の氏名 \_\_\_\_\_（ 続柄 \_\_\_\_\_ ）  
\_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）

★記入後はこの問診票を外来受付、または担当看護師へお出し下さい。 ご協力ありがとうございました。

職員記入	※ <b>必ず記入、確認してください。</b> 1の質問に(はい)がある場合は <b>検査が行えません。</b> その他の項目で(はい)がある場合は事前に検査が行えるか <b>必ず確認を取ってください。</b>	確認 放射線技師
	確認医師 _____ 看護師 _____	