

患者ID：

カナ氏名：

漢字氏名：

生年月日：

MRI検査を受ける方へのご質問

検査室は強い磁場が発生しています。金属などを検査室に持ち込むことは非常に危険です。

安全に検査を受けていただくため、以下の質問にお答えください。

- 1、心臓ペースメーカーを使用していますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 2、人工内耳、補聴器を使用していますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 3、体の中に精密機器を埋め込んでいますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 4、脳動脈瘤（クリップ）の手術をしたことがありますか (はい・いいえ・わからない)
- 5、心臓人工弁を使用していますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 6、体内にポート（薬物注入用）を埋め込んでいますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 7、カラーコンタクトを使用していますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 8、過去や現在、目や体内に金属が入る可能性のある職業（例：旋盤や建築機械を扱う仕事、軍事活動など）に就いたことがありますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 9、人工関節や人工骨頭を使用していますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 10、義肢や義足などを使用していますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 11、体内に手術クリップやステントがありますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 12、その他、外科的手術をされたことがありますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 13、からだに貼る薬（ニトロダームなど）を付けていますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 14、からだや腕などに入れ墨をしていますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 15、アイライン、マスカラ、アイシャドウをしていますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 16、義歯（取り外せる入れ歯）や磁石によって取り外しのできる義歯を使用していますか？
*歯の治療などのはずれない金属（金冠）は、「いいえ」に○をしてください (はい・いいえ・わからない)
- 17、狭い場所が怖い（閉所恐怖症）ですか？ (はい・いいえ・わからない)
- 18、着脱可能な頭髪を使用していますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 19、女性の方へー 現在、妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 20、これまでに、この検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ・わからない)
- 21、現在の身長・体重をご記入してください。 () cm () kg

ご協力ありがとうございました。記入に間違いがないことを確認し署名してください。

西暦 20 年 月 日 ご署名 (本人・代理人)

*この用紙は検査当日に地下放射線科受付へお渡しください。

特記事項欄:(電話説明時などに使用、詳細はカルテ記載)

日付:

医療者署名: