

ID		検査日	年	月	日	時	分
氏名		検査部位				体重	kg

## MRI 検査問診票

安全に検査を受けていただくために、以下の質問について正確に記入して下さい。  
 (該当するものを○で囲むか、( )の中へ具体的な言葉をお書きください。)

1) MRI 検査を受けるのは初めてですか？ はい    いいえ    不明

2) 体内に以下の医療機器はありますか？

◆心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器	いいえ	はい
◆人工内耳・人工中耳	いいえ	はい
◆神経刺激装置・骨成長刺激装置・脊髄刺激装置	いいえ	はい
◆インシュリン注入ポンプ	いいえ	はい
◆可変圧式バルブシャント (脳室シャント・VP シャント)	いいえ	はい

3) 体内に次の金属の埋め込みや使用はありますか？

◆脳動脈クリップ (くも膜下出血の手術)	いいえ	はい
◆消化管出血の止血クリップ	いいえ	はい
◆気管や食道、胆管などの金属ステント	いいえ	はい
◆心臓機械弁・血管グラフト・静脈フィルター	いいえ	はい
◆人工関節 (MRI 対応ではないもの)・脊椎固定具	いいえ	はい
◆その他 ( )		
いつ頃入れましたか？ ( )		

4) 次の人工物の使用はありますか？ ○で囲んでください。

- ・義歯(取り外し可・不可)    ・インプラント (素材： )    ・歯列矯正器具
- ・義足    ・義手    ・かつら    ・置き鍼
- ・カラーコンタクトレンズ    ・コルセット    ・補聴器    ・避妊リング    ・エレキバン

5) 体内に外傷による金属片 (鉄片や銃弾破片など) はありますか？ いいえ    はい

6) 刺青をいれていますか？ いいえ    はい

7) 狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか？ いいえ    はい

8) 現在、妊娠中またはその可能性がありますか？ いいえ    はい

説明者	技師記入欄	年	月	日
年    月    日	検査( 可 ・ 不可 )			
	技師署名			