

MRI 検査 問診票

MRI 検査は強い磁気と電磁波を利用して体内を観察する検査です。患者様の検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。不明の場合は空欄で結構です。

お名前 _____ 年齢 _____ 男・女

1. 今までに MRI 検査を受けられたことがありますか？ はい・いいえ
年 月 日 _____ 当病院 ・ 他病院 (_____)
検査の時気分が悪くなりましたか？ はい・いいえ
2. 心臓ペースメーカー、人工内耳、神経刺激装置、骨刺激装置を使用していますか？ はい・いいえ
3. 手術や事故などで身体の中に金属が入っていますか？ はい・いいえ
*はいと答えた方は、具体的に教えてください。 (当病院・他病院)
(手術クリップ、人工骨頭、人工関節、心臓人工弁、血管内ステント、義眼、塞栓コイル、避妊用リング、
その他： _____ 、不明)
4. 歯のインプラント（磁石付き入れ歯）をしていますか？ はい・いいえ
5. 入れ墨等が入っていますか？ はい・いいえ
(入れ墨の色素には金属が使用されている場合があります)
6. 狭いところへ入って気分が悪くなられたことがありますか？ はい・いいえ
7. 女性の方へ。現在妊娠されていますか？ はい・いいえ

検査当日の確認

1. ヒートテック衣料などを着用していますか？ はい・いいえ
2. アートメイク、マスカラ、アイシャドウをしていますか？ はい・いいえ
(これらの色素には金属が使用されている場合があります。)
3. 粉末状の白髪染め、増毛剤を使用していますか？ はい・いいえ
(これらを使用されていますと MRI 装置飛散、吸着するおそれがあります。)
4. 現在コンタクトレンズを装着していますか？ はい・いいえ

ご質問がありましたら、お気軽にスタッフにお声かけください

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

スタッフ記入欄 金属チェック OK 未施行 (ストレッチャー・車椅子・その他)

確認者 _____

検査実施者 _____