

MRI 検査問診票

ID

氏名

様

身長

cm

体重

kg

= 安全に検査を受けるためのチェック項目 =

① 心臓ペースメーカーを埋め込まれている ☐ はい ☐ いいえ

② 金属製の心臓人工弁を使用している (1970年以前のもの) ☐ はい ☐ いいえ

③ 人工内耳を使用している ☐ はい ☐ いいえ

④ 神経刺激装置を使用している ☐ はい ☐ いいえ

※『はい』のある場合、検査を受ける事はできません

⑤ 頭部手術によるクリップ・コイル・シャント等を使用している ☐ はい ☐ いいえ

⑥ 人工関節・ボルト固定・義眼等、外科手術により体内に金属がある ☐ はい ☐ いいえ

手術名 ()

⑤・⑥項目に『はい』のある方は、材質の確認をお願い致します。

MRI 対応である ☐ はい ☐ いいえ

※ MRI 対応でない場合は、慎重に検討する必要がある

⑦ MRI の検査を受けたことがある ☐ はい ☐ いいえ

※要注意点検項目

⑧ 刺青をされている ☐ はい ☐ いいえ

《刺青が撮像範囲内にある場合、火傷や絵が崩れる可能性があります。》

⑨ 妊娠中である・妊娠の可能性がある ☐ はい ☐ いいえ

《胎児へのMRI検査についての安全性は確立されておられません。》

⑩ 閉所恐怖症である・狭い所が苦手である ☐ はい ☐ いいえ

※ 上記安全点検項目全て確認し、検査可能とします。

その他 特記事項

年 月 日 点検項目確認医師

J A 静岡厚生連 中伊豆温泉病院