ＭＲ検査問診票

検査を安全にお受けいただくため、下記の項目についてご記入ください。

＊体内に金属が入ってから初めてMR検査を受けられる方は、
検査当日までに、手術をおこなった病院でMR検査が可能であるかどうかを必ず確認してください。

検　査　日：　　年　　月　　日

お　名　前：　　体重：　　kg

該当するものを〇で囲っててください。

過去にMR検査を受けたことがありますか。	なし　・　あり
閉所恐怖症がありますか。	なし　・　あり
妊娠中または妊娠の可能性がありますか。	なし　・　あり
１か月以内に内視鏡検査（胃・大腸）を受けたことがありますか。	なし　・　あり

＊治療等で体内に金属はありますか。　【　なし　・　あり　】
該当するものがある場合、〇で囲ってください。

頭頸部	脳深部刺激装置	人工内耳	金属の義眼底	
	シャントバルブ	クリップ	コイル	ステント
	歯科インプラント		その他（　　）	
胸・腹部	ペースメーカ	脊髄刺激装置	人工心臓弁	胸骨ワイヤー
	シャントバルブ	カテーテル	コイル	ステント
	クリップ（止血用含む）	埋め込み型心電計	その他（　　）	
整形(骨折など)	人工関節	プレート	ボルト（部位：　　）	

その他の手術歴、または事故や任意による金属の混入・埋め込みがある方はご記入ください。

体内に金属が入ってからMR検査を受けたことがありますか。　なし　・　あり

ここからは検査当日にご記入ください。

現在、身につけているものを〇で囲ってください。検査着に着替える時にはずしていただきます。

頭部	入れ歯	カラーコンタクトレンズ	めがね
	かつら	増毛パウダー・スプレー	ヘアピン・髪飾り
	補聴器・イヤホン	ピアス・イヤリング	
衣類	金具付き(下着含む)	遠赤外線下着	
貼り薬等	ニュープロパッチ	ノルスパンテープ	ニコチネルTTS
	ニトロダームTTS	湿布	カイロ
	鍼灸の針	その他貼り薬　（　　）	
貴重品等	ネックレス　指輪　時計　携帯電話	財布・カードケース	
装具・装置	装具・コルセット（部位：　　）	心電図計・持続血糖測定器等	
メイク等	アイライン・マスカラ・ラメ入りメイク	入れ墨など	
その他	DIBキャップ（尿道カテーテルのキャップ）	その他（　　）	

ご記入は、これで終わりです。

やむを得ず私服で検査する場合は、ポケットの中身を必ず確認してください。　確認済み

医療者サイン：　　技師サイン：

令和６年６月改訂