

M R 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検査が可能かどうかを必ず確認してください。

記入日 月 日

お名前 _____ 体重 _____ kg
該当するものがある場合は○をつけてください。

【 過去にMR検査を受けたことがある・閉所恐怖症・妊娠中または妊娠の可能性 】

* 治療等で体内に金属はありますか。 【 なし・あり 】 該当するものを○で囲んでください。	
頭頸部	<input type="checkbox"/> 脳深部刺激装置 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 金属の義眼底
	<input type="checkbox"/> シャントバルブ <input type="checkbox"/> クリップ <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> ステント
	<input type="checkbox"/> その他 [_____]
胸・腹部	<input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脊髄刺激装置
	<input type="checkbox"/> シャントバルブ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> クリップ(止血用含む)
	<input type="checkbox"/> 埋め込み型心電図 <input type="checkbox"/> その他 [_____]
整形(骨折など) <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> プレート <input type="checkbox"/> ボルト [金属素材 _____]	
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	

検査日 月 日

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○で囲んでください。

* 検査直前まで身につけていた物がありましたら、担当にお伝えください。

頭部	<input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> めがね <input type="checkbox"/> 補聴器
	<input type="checkbox"/> かつら・ヘアピン・髪飾り <input type="checkbox"/> ピアス・イヤリング
衣類	<input type="checkbox"/> 金具付き(下着含む) <input type="checkbox"/> 遠赤外線下着
貼り薬等	<input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> 鍼灸の針 <input type="checkbox"/> 湿布・貼付剤 [_____]
貴重品等	<input type="checkbox"/> ネックレス <input type="checkbox"/> 時計・指輪 <input type="checkbox"/> 財布・カードケース <input type="checkbox"/> 携帯電話
装具・装置	<input type="checkbox"/> コルセット・装具[部位: _____] <input type="checkbox"/> 心電図計・持続血糖測定器等
メイク等	<input type="checkbox"/> アイライン・マスカラ・ラメ入りメイク <input type="checkbox"/> 入れ墨など
その他	
* ポケットの中身を必ず確認してください。 <input type="checkbox"/>	

医療者サイン _____

技師サイン _____