MRI検査問診票

|  |
| --- |
| カルテNo  氏名  生年月日  依頼日 |
|
|
|

MRI検査は、強い磁力を使用して検査を行います。

安全に検査を施行するため、下記の項目について記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 体内に以下の器具等を装着している  □ 心臓ペースメーカー　　□ 人工内耳　　□ 除細動器  □ 神経刺激装置　　　□ 骨成長刺激装置 | （はい　いいえ　わからない） |
| 2 | 今までに下記項目の手術を受けたことがあり体内に医療用金属材料がある  □ 脳動脈クリップ　　□ 人工心臓弁　　□ ステント　　□人工関節 | （はい　いいえ　わからない） |
| 3 | 義眼（磁石で眼窩内に固定されている場合）・人工角膜を使用している | （はい　いいえ　わからない） |
| 4 | 人工関節などの金属が体内に存在する（非磁性体：磁性体） | （はい　いいえ　わからない） |
| 5 | MRI検査を以前に受けたことがある　　　（はい　いいえ　わからない）  その時に体が熱く感じるなどありましたか | 年　　　月頃  （はい　いいえ　わからない） |
| 6 | 閉所恐怖症の可能性がある | （はい　いいえ　わからない） |
| 7 | 入れ墨、アートメイク等を施している | （はい　いいえ　わからない） |
| 8 | 手術以外で体内に金属が入っている（金属片や弾丸など）  眼内に金属異物がある | （はい　いいえ　わからない） |

女性の方は、お答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 妊娠もしくはその可能性がある | （はい　いいえ　わからない） |
| 2 | 現在授乳中である | （はい　いいえ　わからない） |
| 3 | 子宮内に避妊器具を装着している | （はい　いいえ　わからない） |
|  |

※問診票の結果によっては、MRI検査をお受けすることができない場合があります。

記入日　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

身長　　　　cm　　　　体重　　　　kg　　　　 患者様（代理人）　署名

依頼医師記載欄　　MRI検査の実施　　　□可　　□不可　　　　　　　　　　　　　署名

　　　　　　　　　　不可の理由（　　　　　　　　　　　　　　　　）

放射線技師記載欄　　□問診票　　□患者の身体　　　　　　　　　　　　　　　　　 署名