

MRI 検査問診票 (FAX 検査予約用)

氏名 _____ 年齢 (_____)

検査日時: 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

MRI 検査を安全に行うため、以下の問診にご協力ください。

☆心臓ペースメーカーを装着していますか？	はい	いいえ
☆人工内耳を装着していますか？	はい	いいえ
☆脳室シャントを留置していますか？	はい	いいえ

- ・今までに MRI 検査を受けたことがありますか？ はい いいえ
- ・体内に金属はありますか？ はい いいえ
金属の内容(動脈瘤クリップ・人工関節・その他)
- ・身につけている金属はありますか？ はい いいえ
(補聴器・入れ歯・ヘアピン・カイロ・カツラ・時計
・財布・駐車券・その他)
- ・閉所恐怖症ですか？ はい いいえ
- ・妊娠中またはその可能性がありますか？ はい いいえ
- ・ぜんそく・アレルギー・薬の副作用はありますか？ はい いいえ
- ・入れ墨やアートメイクをしていますか？ はい いいえ
- ・体重は何 kg ですか？(検査に必要です) _____ Kg

記入日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)

検査を受けられる本人の署名:

代筆者:
(職員可)

検査実施時確認者: