記載日

記載者

確認者

ＩＤ

氏名

生年月日

身長 　　　　　 　　体重

検査予定日

ＭＲＩ検査問診票

*１．ＭＲＩ検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。*

★体内の金属類についてお聞きします。

・心臓ペースメーカーを使用している 　　・　はい　・　いいえ　・　不明

・心臓人工弁がある 　　・　はい　・　いいえ　・　不明

・手術クリップがある 　　・　はい　・　いいえ（部位：　　　　　　　　　　　）　・　不明

・骨・関節修復のための固定金属がある 　　・　はい　・　いいえ（部位：　　　　　　　　　　　）　・　不明

・入れ墨・アイシャドーをしている 　　　　　　　　・　はい　・　いいえ　・　不明

・その他の金属が体内にある 　　・　はい（内容：　　　　　　　　　　　）　・　いいえ　・　不明

★患者さまの安全確保のためにお聞きします。

・妊娠している（妊娠の可能性がある） 　　・　はい（妊娠　　　　　　　ヶ月）　・　いいえ　・　不明

・閉所恐怖症がある 　　　　 　　　・　はい　・　いいえ　・　不明

・不整脈がある ・ はい（種類：　　　　　　　　　　　　）　・　いいえ　・　不明

・コンタクトレンズをしている 　・　はい　・　いいえ　・　不明

*２．造影ＭＲＩ検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。*

①薬、食べ物にアレルギー反応はありますか

〔　・　はい（、、、、（　　　　　　　　　　　））　・　いいえ　・　不明〕

②アレルギー性の病気がありますか

　　〔　・　はい（、、、、（　　　　　　　））　・　いいえ　・　不明　〕

③過去に造影剤を使った画像検査を受けたことがありますか　　　　〔　・ はい（、、

、、、、（　　　　　））　・　いいえ　・　不明〕

※「はい」の方にお聞きします。造影剤による副作用はありましたか

〔　・　はい（、、、、、、、、、

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　））　・　いいえ〕

④両親、兄弟等で①～③に該当する体質、病気の方はいますか

〔　・　はい（続柄： 　　　　　内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）　・　いいえ〕

⑤腎臓の機能が悪いといわれたことがありますか 〔　・　はい（・）　・ いいえ〕