

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(かぜ薬、痛み止め、魚、卵、その他(_____)) ・ いいえ ・ 不明〕
- ②アレルギー性の病気がありますか
〔 ・ はい(喘息、アトピー性疾患、じんま疹、花粉症、その他(_____)) ・ 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(MR、CT、
心臓カテーテル、尿路、血管、胆嚢、その他(_____)) ・ 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(嘔気、嘔吐、発疹、呼吸困難、胸痛、冷汗、脱力、血圧低下、意識消失、
その他(_____)) ・ 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(治療中・治療していない) ・ いいえ〕