# MRI検査問診票

西暦　　年　　月　　日

**検査を安全に実施するために、以下の項目にお答えください。**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 西暦　　年　　月　　日 | | |
| 患者氏名 | | 年齢 | 歳 | 性別 | 男 ・ 女 |

1. 手術後1ヶ月以内ですか？　　□はい　　□いいえ
「はい」の場合、検査を受けることができません。

2. 医療機器を使用していますか？　　□はい　　□いいえ
「はい」の場合、検査を受けることができません。

□心臓ペースメーカー　□除細動器　□人工内耳　□神経刺激装置　□骨成長刺激装置

□スワンガンツカテーテル　□内視鏡クリップ　□ループレコーダー　□CGMS
（皮下連続式グルコール測定システム）

3. 手術や針治療、外傷などで身体の中に金属が入っていますか？　　□はい　　□いいえ

「はい」の場合、MRI検査が可能かどうかを対応した医療機関に事前にご確認ください。　　□MRI可

□脳動脈瘤クリップ・コイル　□脳室シャントチューブ　□冠動脈ステント　□心臓人工弁

□手術クリップ　□人工骨頭　□人工関節　□装具　□義肢　□脊椎固定具　□置き針

□子宮リング　□磁気インプラント　□強磁性体の破片　□刺青　□他（　　）

部位（　　）　材質（　　）

4. 妊娠中ですか？　　□はい　　□いいえ

5. 閉所恐怖症はありますか？　　□はい　　□いいえ

＊下記のものは、装置の故障または人体に危険を及ぼす可能性がありますので、検査前に外していただきます。

コンタクトレンズ・眼鏡・義眼・義歯(磁石脱着式義歯・マグフィット等を含む)・補聴器・かつら・ウイッグ

ヘアエクステンション・ヘア装飾品(ヘアピン・バレッタなど)・ポマード・アイシャドウ・マスカラ・ベルト

ホックやファスナーなどの金属がついた衣料や下着・赤外線、保温性が非常に高い衣類・コルセット・杖

義肢用品・時計・財布・小銭・通帳・鍵・携帯電話・電子機器・カイロ・湿布、その他の貼付治療薬

金属含有の軟膏類・貴金属(ピアス類、ネックレス、指輪など)・磁気治療器・ライター・ペン・安全ピン

依頼医師署名

上記の内容を確認しました。

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院　放射線科　画像診断・治療部
〒241-0811　横浜市旭区矢指町1197-1
TEL：045-366-1111(代)　(内線4150)