

MRI検査問診票（委託検査用）

患者氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
_____ 体重 _____ Kg 身長 _____ cm

体内に金属が入ってから初めてMRI検査を受けられる方は、
検査当日までに、手術をおこなった病院でMRI検査が可能であるかどうか必ず確認してください。

- 1、 今までに手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
どのような手術ですか？ _____
- 2、 体内に下記のような金属や医療器材が入っていますか？ はい ・ いいえ

絶対禁忌（○をしてください）

可動式義眼 ・ 人工内耳 ・ インスリンポンプ ・ 神経刺激装置 ・ スワングツカテール
ペースメーカー ・ 除細動器（ICD）
脳室シャント（脳外科のある病院へ紹介）等、取り外せない医療機器

以下の場合、検査できないこともあります（○をしてください）

* 問診者は○がついた場合、年月日を記入し、放射線科に問い合わせする

脳動脈クリップ ・ 血管内ステント ・ 人工心臓弁 ・ 人工関節 ・ 内視鏡の止血クリップ
金属プレート、ボルト ・ 体内にある外傷による金属片（鉄片・銃弾など）
マグネット式インプラント ・ マグネット式入れ歯
（* 挿入されたのは _____ 年 _____ 月 _____ 日）

以下のものは、取り外せば検査可能です（○をしてください）

義眼 ・ 義足 ・ 義手 ・ かつら ・ 入れ歯 ・ 補聴器 ・ コルセット ・ 装具
眼鏡 ・ カラーコンタクトレンズ ・ 置き針

- 3、 アルミ製の経皮吸収貼付剤を使用していますか？ はい ・ いいえ
（ニコチネルTTS ・ ニトロダームTTS ・ ノルスパンテープ 等）
（はいの方は外さないと検査できません。検査時期を考慮してください。）
- 4、 グルコースモニタリングシステム（FreeStyleリブレ）を使用していますか？ はい ・ いいえ
（はいの方は外さないと検査できません。検査時期を考慮してください。）
- 5、 刺青をしていますか？ はい ・ いいえ
- 6、 狭い場所がとても苦手ですか？ はい ・ いいえ
- 7、 長時間仰向けができない？ はい ・ いいえ
（はいの方は検査できない事があります。）
- 8、 現在妊娠もしくは妊娠している可能性がありますか？ はい ・ いいえ

*** 不明な点は船橋二和病院、放射線科へお問い合わせください。**