

※ この書類は必要事項をご記入の上 検査当日ご持参ください。

氏名 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ 記載日 \_\_\_\_\_  
西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## MRI 検査を受けられる方への質問票

1. 2. 3の項目で「不明」の場合、検査が不可能なことがあります(主治医に御相談ください)

1. 身体に下記のいずれかを埋め込まれていますか はい いいえ 不明

心臓ペースメーカー 人工内耳 ※はいと応えた方は該当するものを☑で囲んでください。

(はいの方)それはいつ頃ですか : \_\_\_\_\_

2. 水頭症の既往はありますか はい いいえ 不明

(はいの方) 髄液シャント術を受けたことがありますか はい いいえ 不明

それは、いつ頃、どこで受けられましたか : \_\_\_\_\_

3. 以前に以下の手術を受けたことがありますか (各項目についてお答え下さい)

① 頭部〜クリップ・コイル等の手術を受けたことがありますか はい いいえ 不明

② 心臓〜人工弁・クリップの手術を受けたことがありますか はい いいえ 不明

③ 各種ステント挿入術を受けたことがありますか はい いいえ 不明

① ②③で(はいの方) 部位 (例:心臓・胆管・頭部など) : \_\_\_\_\_

(はいの方) いつ頃、どこで受けられましたか : \_\_\_\_\_

④ 整形外科手術で、体内に固定されたままの金属物がありますか はい いいえ 不明

(はいの方) どの部位にどのようなものですか : \_\_\_\_\_

(はいの方) いつ頃、どこで受けられましたか : \_\_\_\_\_

4. 刺青(イレズミ)をしていますか はい いいえ

5. 現在、妊娠中またはその可能性がありますか はい (妊娠 \_\_\_\_\_ 週目) いいえ

6. 閉所恐怖症はありますか はい いいえ 不明

7. 過去に MRI 検査を受けたことがありますか はい いいえ 不明

8. 身に着けている項目にチェックしてください

補聴器 アクセサリ 入れ歯 腕時計 ヘアピン

カラーコンタクトレンズ その他( \_\_\_\_\_ )

検査室内に持ち込めないものは、検査前までに外していただく事になります。