

MRI検査問診票

ID:

記入日： 年 月 日

1) 今までにMRI検査を受けたことはありますか？ はい いいえ

2) 体内に以下のような金属、機器、人工物がありますか？ はい いいえ

心臓ペースメーカー（MRI対応機種も含む）、埋め込み型除細動器（ICD）

人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置

圧可変式バルブシャント（脳室シャントなど）

可動性義眼 スワンガンツカテーテル

脊柱管内リード線、脊髄刺激装置

脳動脈瘤クリップ（くも膜下出血の手術）〔 〕年 ※2003年以前

心臓や血管内の金属類、人工物（リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど） 人工心臓弁〔 〕年 ※1970年以前

人工骨頭、人工関節、釘など（整形外科の手術）

胆管、食道、気管などの金属ステント

体内に外傷による金属片（銃弾破片や鉄片など） その他金属（ 　　）

3) （女性の方のみ）現在妊娠している可能性はありますか

はい いいえ

4) 身につけているものがあれば○印をつけてください。（MRI室持ち込み禁止。検査時は取り外してください。）

義眼・コンタクトレンズ・補聴器・義足・義手・歯列矯正器具・磁石を利用した義歯（金属製入れ歯）・貼り薬・コルセット・鍼（はり）の治療針・インスリンポンプ
持続グルコース測定器・ヘアピン・アクセサリ・かつら・時計・車のキー
携帯電話・キャッシュカード・その他（ 　　）

5) 刺青（イレズミ）、アートメイクをしていますか？ はい いいえ

6) 閉所恐怖症ですか はい いいえ

7) あおむけで約20分間、一定の姿勢を保持できますか？ はい いいえ

MRI検査 同意書（ 年 月 日）

上記について十分に理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

署名（本人または代理人）〔 〕

♪ご協力ありがとうございました♪