

《MRI 検査問診票》

メディカルシティ東部病院にて

検査日 平成 年 月 日 時 分 ~

患者氏名 _____

この問診票は、来院時受付にお渡しください。

MRI 検査を安全に行えますよう、以下の問診票記入にご記入下さい。

- 1) 今までに MRI 検査を受けたことがある。・・・はい (いつ頃: 、部位)・いいえ
- 2) 体内に以下に該当する金属性装置等が体内に入っている。・・・はい・いいえ
該当するものがあれば○で囲んでください。

- ・心臓ペースメーカー、 ・植込み型除細動器、 ・金属製の人工心臓弁、 ・脳動脈瘤クリップ、
- ・人工内耳、 ・金属性義眼、 ・人工関節や人工骨頭、 ・金属製のプレート ・血管内金属ステント
- ・事故やけが等による金属片や異物、 ・神経刺激装置、 ・骨成長刺激装置、
- ・その他 ()

- 3) 2) で該当するものがあつた方で、その手術日や受傷した日はいつですか？

M・T・S・H 年 月 日

- 9) 閉所恐怖症がある。・・・はい・いいえ
- 10) 磁石や金属製のブリッジで装着する入れ歯を使用している。・・・はい・いいえ
- 11) いれずみ、(タトゥー・眉・ネイルアートなど) がある。・・・はい・いいえ
- 12) その他 (お尋ねになりたいことがあればご記入ください)

[]

女性の方へ

- 13) 現在、妊娠中である。・・・はい (週目)・いいえ
- 14) 最終月経について・・・(月 日 ~ 日間): 閉経 (歳)

以下の項目は造影 MRI をされる方のみお答えください。

- 1) 現在、下記の病気で、通院、または、治療中である。
 - ①心臓病・・・はい (具体的に: 狭心症、心筋梗塞、不整脈、その他)・いいえ
 - ②気管支喘息・・・はい (現在治療中・治癒・小児喘息)・いいえ
 - ③腎臓病・・・はい(腎不全)・透析中・その他)・いいえ
 - ④その他・・・(具体的に:)
- 2) アレルギーがある。・・・はい・いいえ
 - ①アレルギーありの場合、どのようなアレルギーですか。
喘息・蕁麻疹・アレルギー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎・その他 ()
 - ②そのアレルギーに対して治療をされましたか?・・・はい・いいえ
- 3) 造影剤検査を受けたことがある・・・はい (CT・MRI・尿路造影・血管造影)・いいえ
 - ①造影検査中、または、造影検査後に体調不良を生じたことがある。
・・・はい (蕁麻疹・嘔気・嘔吐・血圧低下・その他)・いいえ

女性の方へ

- 4) 現在、授乳中である。・・・はい・いいえ