**《MRI検査問診票》**

検査日　20　　年　　月　　日

患者氏名

この問診票は、画像診断センター受付、もしくは看護師、または検査担当者にお渡しください。

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った方で、その手術日や受傷した日はいつですか？

　　　　　　　　　　　　T・S・H・R　　　　年　　　月　　　日

4）閉所恐怖症がある。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ

5）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

6）補聴器をしている。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・はい・いいえ

7）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

女性の方へ

8）現在、妊娠中である。・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・はい（　　週目）・いいえ

9）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

メディカルシティ東部病院　画像診断センター　電話　0986-22-2240