

MRI検査に関する問診票

以下の質問は、MRI検査を受けていただく方の状態を事前に把握し、安全に検査を行うにあたって何か不都合がないかを確認するためのものです。

氏名: _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今までに MRI 検査を受けたことはありますか？

いいえ はい

2. 造影剤を使用した検査を受けたことはありますか？

いいえ はい (検査: CT MRI その他)

3. その時、何か副作用はありましたか？

いいえ はい (詳細: 症状: 発疹・かゆみ くしゃみ・咳 ぜい鳴・呼吸困難 血圧低下 胸痛
 嘔吐 その他())

4. 喘息で治療中ですか？

いいえ はい

5. 体内に以下のような、医療用の金属・機器・人工物はありますか？

☆ 心臓ペースメーカー、ICD 植え込み型除細動器、 いいえ はい

☆ 脳動脈クリップ、脳室内シャント いいえ はい

☆ 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置 いいえ はい

☆ 脊髄刺激装置、脊椎管内リード線 いいえ はい

☆ 消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ いいえ はい

☆ 心臓人工弁、ステント (頸部、胸部、心臓、腹部)、コイル、人工血管 いいえ はい

6. 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい。

- ・義歯 (入れ歯、インプラント、磁石を利用した義歯) ・歯列矯正器具 ・義眼 ・義足 ・義手
- ・補聴器 ・カラーコンタクトレンズ ・コルセット ・避妊リング ・かつら
- ・グルコース測定器「FreeSTYLE リブレ」 ・乳房再建インプラント

7. 貼り薬を貼っていますか？

いいえ はい

8. 刺青 (タトゥー) をいれていますか？

いいえ はい

9. 閉所恐怖症はありますか？

いいえ はい

10. 痛み・咳・しびれなどで、約 20 分程度の静止が困難ですか？

いいえ はい

11. (女性の方に質問です) 妊娠または妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい (妊娠 週)

12. (女性の方に質問です) 授乳中ですか？

いいえ はい