

MRI問診票

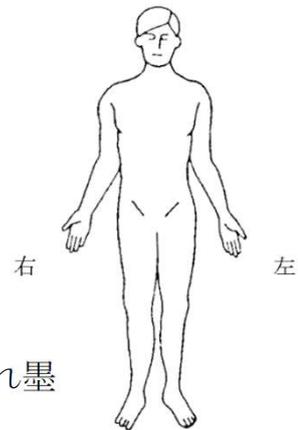
検査の予約申し込み前に御確認、記載くださいますようお願い致します。

MRI検査(磁気共鳴断層撮影)は、強力な磁場(磁石)と電波を使用します。この為、場合によっては事故が発生する恐れも考えられます。(磁性体の持ち込みは禁)安全に検査を受けていただくために、次の質問にお答えください。

- 1、今までにMRI検査を受けたことがありますか。 (はい、いいえ)
- 2、アレルギー体質、てんかんや心臓などの病気がありますか。 (はい、いいえ)
- 3、今までに何らかの手術を受けたことがありますか。 (はい、いいえ)
手術の内容 ()
- 4、心臓ペースメーカー、人工内耳を装着していますか。 (はい、いいえ)
- 5、現在またはこれまでに金属加工に従事したことがありますか。 (はい、いいえ)
- 6、閉所恐怖症がありますか? (はい、いいえ)
- 7、(女性のみ)現在、妊娠しているまたは可能性がありますか。 (はい、いいえ)

8、下記のような金属類や体内金属のある方はその場所を右記に記入してください。

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 脳血管クリップ | <input type="checkbox"/> 人工関節 |
| <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> 骨折接合の為の金属
(ピン、ネジ、金属板等) |
| <input type="checkbox"/> 義歯、歯列矯正用具 | <input type="checkbox"/> 金属製ステント |
| <input type="checkbox"/> インスリンポンプ | <input type="checkbox"/> 蝸牛インプラント、人工内耳 |
| <input type="checkbox"/> 電極 | <input type="checkbox"/> 入れ墨式アイライナー及び入れ墨 |
| <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> 義眼及び眼窩内金属 |
| <input type="checkbox"/> 避妊器具 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> シヤント | |



体重 () kg

このたびMRI検査を受けるため検査についての説明を受け十分に理解いたしました。

本人または代理人

署名

年 月 日

確認医師署名

阿波病院 TEL 0883-36-5151(代)

放射線科