

MRI 検査 問診票

検査を受けられる方の氏名

検査日 令和 年 月 日

この問診票は、MRI 検査をできるだけ安全且つ確実に行うためのものです。おわかりになる範囲で正確に記入をお願いします。検査担当医師の判断で危険性が高い場合、MRI 検査を行わない場合や、造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

- ① MRI の検査を受けたことがありますか？ (はい いいえ わからない)
- ② 心臓の不整脈治療装置（ペースメーカー等）を使用していますか？ (はい いいえ)
不整脈治療装置の種類により検査ができない場合があります。
- ③ 体内に何か金属がありますか？ (はい いいえ)
 脳動脈瘤クリップ 圧調製器具（VP シヤント等） 人工内耳
 スtent、ワイヤー、フィルター 人工弁 整形固定具（人工関節等） イレズミ
 その他体内に金属が埋まっている（ ） 例：鉄砲、砲弾などの破片
- ④ 装着品等がありますか？ (はい いいえ)
 入れ歯、義歯、歯列矯正具 補聴器 コンタクトレンズ（カラー）
 義眼 義手、義足 貼り薬（湿布等） エレキバン
- ⑤ 手術をしたことがありますか？ (はい いいえ)
いつごろ、どのような手術をされましたか？（ ）
- ⑥ 閉所恐怖症ですか？（狭い所などで動悸などの症状がでる） (はい いいえ)
- ⑦ 最後にお食事をされたのは何時ごろですか？ (時ごろ)
- ⑧ アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？ (はい いいえ)
 ぜんそく じんましん アトピー アレルギー性鼻炎 その他
 食物アレルギー（ ） 薬物アレルギー（薬品名： ）
* ぜんそくの既往がある方・・・現在、（治療中である 治療していない）
最後に発作が起こったのは（ ）年（ ）カ月前
- ⑨ これまで造影剤を使った検査をしたことがありますか？
（MRI、CT、胆のう造影、血管造影、尿管造影など） (はい いいえ)
受けた方（はいの方） 造影剤投与後、体調に変化はありましたか？ (はい いいえ)
（はいの方） 症状をお答えください（ ）
- ⑩ 心臓または腎臓の病気（透析等）がありますか？ (はい いいえ)
- ⑪ 女性の方にお尋ねします。
現在妊娠中、あるいは授乳中ですか？ (はい いいえ)

* MRI 検査の際には、義歯、めがね、貴重品、金属のついた衣類・下着、時計、カイロ、シップ、エレキバンなど、身につけている金属類は全てはずしていただきます。

2019 年 11 月 1 日 福岡県済生会二日市病院 放射線科