医療機関依頼医が説明の上、患者さんが記入し、検査当日にご持参ください。

造影MRI検査問診票(その１)

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記入者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
本人以外が記載した場合（続柄又は関係：　　）

MRI検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

1. 体内に医療用の機器、金属などはありますか。　　いいえ　・　はい
2. 1.で「はい」とお答えの方のみ、以下の該当する項目に☑をつけてください。

	☐ 心臓ペースメーカー ☐ 植込み型除細動器 ☐ 心臓や血管内の金属物や人工物（ステント等） ☐ 人工心臓弁	（手術　　年頃）
	☐ 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置 ☐ 脳動脈瘤クリップ（くも膜下出血の手術）	（手術　　年頃）
	☐ 埋め込み型神経刺激装置	
	☐ 可変圧式バルブシャント （脳室シャント：水頭症の手術）	
	☐ 磁石の義歯	取り外しについて （　可　・　不可　）
	☐ 内視鏡の止血クリップ	（　　年　　月）
	☐ 整形外科の手術で使用された金属固定具 （ボルト、スクリュー、プレートなど）	（部位　　） （手術　　年頃）

☐ 上記以外の金属や医療機器（　　）

3. 刺青（イレズミ）、アートメイクをしていますか　　いいえ　・　はい
4. カラーコンタクトレンズを使用していますか　　いいえ　・　はい
5. 貼り薬を貼っていますか　　いいえ　・　はい
6. 狭いところが苦手と感じたことがありますか　　いいえ　・　はい
7. 今までにMRI検査を受けたことがありますか　　いいえ　・　はい
8. 妊娠をしている可能性はありますか（女性の方のみ）　　いいえ　・　はい