

# MRI検査問診票

- \* 検査当日はこちらのMRI検査問診票を記入してご持参ください。
- \* 問診票の結果によっては、身体の安全性を考え検査を中止することがあります。
- \* MRIは磁気を利用した検査ですので被爆はありません。

氏名 \_\_\_\_\_ 様（男・女）生年月日 S・H・R 年 月 日

**検査当日は予約時間の10分前（初診の方は30分前）にお越しください。**

**時間に遅れた場合は、検査をキャンセルさせていただきます。**

予めご了承ください。キャンセルや予約変更の場合は電話にて必ずご連絡ください。

MRI検査を安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

- （１）心臓ペースメーカーや人工内耳等の医療機器を使用していますか？ （はい・いいえ）
- （２）手術や針治療、外傷などで身体の中に以下の金属が入っていますか？ （はい・いいえ）  
脳動脈クリップ・人工骨頭や人工関節（ 年手術）・心臓人工弁・ステント・塞栓コイル・義眼  
避妊用金属リング・子宮脱リング・おき針・その他（ ）
- （３）今までにMRI検査を受けたことがありますか （はい・いいえ）
- （４）狭いところに入って気分が悪くなったことがありますか （はい・いいえ）
- （５）現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか （はい・いいえ）
- （６）インプラントやマグネットタイプの入れ歯をしていますか （はい・いいえ）  
※緩みや変形を起こす場合があります。
- （７）刺青やアートメイクをしていますか ※変色の可能性があります （はい・いいえ）
- 検査当日はボタン、ファスナー等に金属を使用していない服装、下着でお越しください
- 検査時は検査着に着替えていただく場合があります。
- 検査当日は以下の使用を避けてください  
金属製アクセサリー 金属部品を使用したかつら 吸湿発熱ウェア（ヒートテック等）  
ラメ入りアイメイク カラーコンタクトレンズ マグネットネイル 薄毛用増毛パウダー  
湿布 エレキバン カイロ

## 同意書

私はMRI検査について説明を受け、必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日 ご署名 \_\_\_\_\_

ご家族、代理の方のご署名 \_\_\_\_\_（続柄： ）

※検査を受ける方が未成年及び付き添いが必要な場合は、ご家族や代理の方もご署名をお願いいたします。