

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) 狹いところに入つて気分が悪くなつ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。