

MRI 検査問診票 (院外用)

問診日

氏名

様 生年月日

体重

Kg

検査当日落合病院にて再度問診を行います。
安全な検査を行うために事前に確認をお願いします。

1. MRI検査を受けたことがありますか？ いいえ はい
2. 体内に下記のような医療用金属・機器が装着されている可能性がありますか？
※下記のような医療用金属・機器がある方は当院ではMRI検査を行うことができません。
- ・心臓ペースメーカー（MRI対応を含む）、埋め込み型除細動器：ICD いいえ はい
 - ・人工内耳、神経・骨成長刺激装置などの電子装置 いいえ はい
 - ・圧可変式バルブシャントシステム いいえ はい
3. 体内外に下記のものがある可能性がありますか？
下記の体内金属は材質・手術時期・MRI対応であるか注意が必要です。
- はいにがある方は対象のものに○をして治療・手術機関に確認または取り外しをお願いします。
- ・脳動脈クリップ いいえ はい
 - ・人工心臓弁 人工血管 ステント フィルター いいえ はい
 - ・脊椎固定具 人工骨頭 人工関節 髄内釘（整形外科手術） いいえ はい
 - ・自動血糖測定器（フリースタイルリブレ） インスリンポンプ いいえ はい
 - ・義眼 義肢 磁石固定の義歯 インプラント 避妊リング いいえ はい
4. その他に体内金属、人工物があれば記入してください。
5. 仕事、けがにより金属片・金属粉が眼球内または体内に入っている可能性がありますか？
（鉄工所勤務など体内外に付着している可能性がある方を含む） いいえ はい
6. 刺青（タトゥー）、アートメイクがありますか？ いいえ はい
はいにのかたは別紙の同意書を当院にて記入ください。
7. 金属を含む貼薬を体に貼っていますか？ いいえ はい
（※主な禁止薬 ニュープロパッチ® ニコチネルTTS® ノルスパンテープ® ニトロダームTTS®）
8. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい
9. 女性のみお答えください。妊娠またはその可能性がありますか？ いいえ はい
- ※上記のみに関わらず不明な点は必ず医師、看護師に確認をお願いします。

問診確認医師