

MRI 検査 問診票

こじま脳神経外科クリニック

ふりがな

昭和・平成・令和 西暦

お名前 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ご住所 〒 _____

ご自宅電話番号 _____

携帯電話番号 _____

● 正確に検査を行うため身長・体重をご記入ください。 [_____] c m [_____] k g

MRI はとても強い磁気を使用します。

金属の持ち込みは火傷や機器破損の原因になりますので、外して検査をしていただきます。

誤って検査室内に持ち込み破損等があっても、当クリニックでは責任を負えません。

1. MRI を受けるのは初めてですか? はい ・ いいえ

2. 狭いところが苦手ですか? はい ・ いいえ

3. 次のものはありますか? ある方は基本的に検査は受けられません。 はい ・ いいえ

心臓ペースメーカー ICD (埋込型除細動器) 人工内耳 可動式義眼 妊娠の可能性

4. 体内に以下の金属はありますか? はい ・ いいえ

脳動脈クリップ VP シヤント 人工心臓弁・ステント 磁石を使った入れ歯 義眼 置き針

人工関節 薬物注入ポート 神経刺激装置 内視鏡クリップ その他 (_____)

5. 次の物があれば ○ をして、技師に相談してください。

入れ墨 (タトゥー) 眉ずみ カラーコンタクト マスカラ アイシャドー ネイル など

6. 以下の物は外して検査を受けていただきます。

入れ歯 補聴器 カツラ (ウィッグ) ヘアピン ピアス 義眼 義肢 装具 ネックレス
メガネ ブレスレット アンクレット ラメ入りの服 ベルト 時計 指輪 コルセット
湿布 エレキバン カイロ 置き針 ホルター型心電図 24 時間血糖測定器 携帯電話 財布
磁気カード 鍵 小銭 金具のついた下着 (撮影部位による) など

Ns

技師