

# MRI 検査 問診票

こじま脳神経外科クリニック

ふりがな

大正・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 \_\_\_\_\_

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問にお答えください。

●正確に検査を行うため現在の身長・体重をご記入ください。 [ \_\_\_\_\_ ]cm・[ \_\_\_\_\_ ]kg

- 1.MRI 検査を受けるのは初めてですか。 はい いいえ
- 2.心臓ペースメーカーを使用していますか。 はい いいえ
- 3.ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。 はい いいえ
- 4.人工内耳を使用していますか。 はい いいえ
- 5.女性の方、現在妊娠している可能性がありますか。 はい いいえ

## 2.-5.で「はい」がある方はMRI検査をうけられません

- 6.脳動脈瘤クリップを使用していますか。 はい いいえ
- 7.以下のようなものは体内にありますか。 はい いいえ  
・V-P シェント ・人工心臓弁・ステント ・磁石を使った入れ歯 ・人工関節 ・薬物注入ポート  
・神経刺激装置 ・義眼 ・内視鏡クリップ ・置き針 ・その他金属 ( \_\_\_\_\_ )
- 8.入れ墨 (タトゥー) をいれていますか。 はい いいえ
- 9.狭いところが苦手だと感じたことがありますか。 はい いいえ
- 10.せき・痛みなどで 20 分間程度の静止が困難ですか。 はい いいえ

\*以下のような物は装置の故障や人体に危険を及ぼす可能性があり、外して検査をうけていただきます。

- ・入れ歯 ・補聴器 ・湿布等の貼り薬 ・エレキバン ・ホッカイロ ・カツラ ・義眼 ・財布
- ・腕時計 ・携帯電話 ・ネックレス ・ヘアピン ・指輪 ・ピアス ・磁気カード
- ・コンタクトレンズ ・金属のついた下着 ・ヒートテック ・コルセット ・化粧 ・日焼け止め

ご協力、よろしくお願い致します。