

MRI 検査の問診票

スキャン
病院 控

患者IDNo.

患者氏名： 性別 年齢 歳 生

検査予約日時： 年 月 日 時 分

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。ご不明な点は、医師もしくは看護師にお尋ねください。

1. 今までに MRI 検査を受けた事がありますか。

☐ いいえ ☐ はい

※『はい』と答えた方、MRI 検査は造影剤を使用しての検査でしたか。

☐ いいえ ☐ はい
2. 体内に心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳等ありますか。

☐ いいえ ☐ はい
3. 体内に脊柱管内リード線、脊髄刺激装置、バルブシャント等ありますか。

☐ いいえ ☐ はい
4. 今までに手術やカテーテル治療をして体内に金属(クリップ、ステント、人工関節等やインプラント)が入っていますか。

☐ いいえ ☐ はい

※『はい』と答えた方にお聞きします。

(1) いつ頃、どんな手術ですか。 (年頃)

(2) 手術後、MRI 検査をした事がありますか。

☐ いいえ ☐ はい
5. 手術以外(戦争・事故・仕事等)で身体の中に金属・金属粉が入っている可能性ありますか。

☐ いいえ ☐ はい
6. 閉所恐怖症はありますか。

☐ いいえ ☐ はい
7. 入れ墨、アートメイク等ありますか。

☐ いいえ ☐ はい
8. 義肢・義足・義眼がありますか。

☐ いいえ ☐ はい
9. 女性の方へ、現在妊娠、妊娠の可能性ありますか。

☐ いいえ ☐ はい
10. 現在、授乳中ですか。

☐ いいえ ☐ はい

----- 以下の項目は造影剤 MRI 検査をされる方のみお答えください -----

11. 今まで MRI 検査で造影剤を使用して、副作用はありましたか。

☐ いいえ ☐ はい

※『はい』と答えた方、どんな副作用でしたか。： 発疹 かゆみ 吐き気 嘔吐 頭痛 その他()
12. 腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか。

☐ 透析中 ☐ いいえ ☐ はい
13. 今までに喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか。

☐ いいえ ☐ はい
14. アレルギー体質や、アレルギーの病気はありますか。

☐ いいえ ☐ はい

記入日： 年 月 日

患者または代諾者の署名： (続柄：)

上記2～4の問診において『はい』にチェックがある場合は、MRI 検査ができない場合があります。

上記5～14の問診において『はい』にチェックがある場合で、MRI 検査及び造影MRI 検査を行う場合、必ず注意事項と検査の必要性を説明した上で()内にOKと記載してください。()

☐ 単純MRI 検査

に支障がないものと判断します。

確認日： 年 月 日