

# MRI 検査問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 MTSH 年 月 日 体重 \_\_\_\_\_ k g

MRI 検査は磁気と電波を利用して体内の情報を画像化する検査です。  
安心して検査を受けていただくために、以下のことにお答えください。

●今までに MRI 検査を受けたことがありますか。 ( ある ない )

●心臓ペースメーカーを使用していますか。 ( 使用している 使用していない )

●今までに手術を受けたことがありますか。 ( ある ない )

\*あると答えられた方、具体的に手術年月日、手術内容、病院名をご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

\*手術時に体内に金属を装着しましたか。

はいと答えられた方は、該当するものを囲んでください。

脳動脈瘤クリップ ・ 脳室シャント ・ 血管塞栓用コイル ・ スtent  
義眼 ・ 人工内耳 ・ 歯科用インプラント ・ 心臓人工弁 ・ 避妊リング  
人工骨頭 ・ 人工関節 ・ 髄内釘 ・ 整形用ネジ ・ プレート ・ ワイヤ  
体内留置カテーテル ・ 神経刺激装置 ・ 除細動装置 ・ 注入ポンプ  
その他( \_\_\_\_\_ )

●30分から60分間同じ姿勢を保てますか。 ( はい いいえ )

●狭い場所は大丈夫ですか。 ( はい いいえ )

●現在妊娠中、もしくは、妊娠の可能性ありますか。 ( ある ない )

●入れ墨をしている方は医師に申し出てください。

(やけどを起こす恐れがあります。また画像にひずみが生じる場合もあります。)

●以下のものは撮影のさまたげになりますので検査室に持ち込まないようご注意ください。

ヒートテック、カラーコンタクト、エレキバン、湿布、補聴器、使い捨てカイロ、その他金属など

●サプリメント(鉄剤を含むもの)は前日より飲用不可

●整髪料、頭皮用スプレーなど鉄を含むものが髪や頭皮に付着した状態で撮影できません。

●化粧(アイライン、マスカラ、ラメ)は落とした状態で検査をお受けください。

●造影剤検査を受けられる患者様へ

病気の状態を明らかにするために造影検査が必要となります。造影剤を使用することによりまれに副作用が起こることがあります。副作用の種類は次の通りです。

軽い副作用 : 吐き気 ・ 動悸 ・ 頭痛 ・ かゆみ ・ 発疹等

重い副作用 : 呼吸困難 ・ 意識障害 ・ 血圧低下等

●アレルギー性鼻炎、発疹、じん麻疹などを起こしやすいアレルギー体質ですか。 ( はい いいえ )

●今までに造影検査を受けたことがありますか。

\*あると答えられた方は該当する検査内容を囲んでください。

CT 検査 MRI 検査 腎臓の検査 胆嚢の検査 血管造影 その他 ( \_\_\_\_\_ )

\*造影検査中に気分が悪くなったり、じん麻疹が出たことがありますか。 ( ある ない )

ある場合、具体的症状を記入ください。( \_\_\_\_\_ )

●今までに不整脈、もしくは、てんかんと言われたことがありますか。 ( ある ない )

●次の病気にかかったことがありますか。該当するものを囲んでください。 ( ある ない )

気管支ぜん息 腎臓の病気 肝臓の病気

その他、気になる病気があればご記入ください。( \_\_\_\_\_ )

ご協力ありがとうございました。この用紙をお近くの看護師にお渡しください。

平成 年 月 日 指示医名 \_\_\_\_\_