

M R I 検査問診票

MRI検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

- 1) 過去に手術(事故・外傷を含む)歴がありますか?
 無 ・ 有 (手術名 _____)
- * 心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器 無 ・ 有
 - * 弁置換(人工弁) 無 ・ 有
 - * クリップ類(脳動脈瘤など) 無 ・ 有
 - * V-Pシャント類 無 ・ 有
 - * 眼外傷(異物・義眼等) 無 ・ 有
 - * 脱着できない補聴器(人工内耳) 無 ・ 有
 - * 整形外科手術などによる磁性体の挿入
(骨・関節整復固定用具等) 無 ・ 有
 - * 腹部手術などによる磁性体の挿入
【消化管吻合器等(クリップ・ペッツ)】 無 ・ 有
 - * 血管内外のフィルター・コイル・ステント類 無 ・ 有
 - * インシュリンポンプ 無 ・ 有
 - * 鍼灸の針 無 ・ 有
 - * その他体内金属(鉄片・弾丸・入れ歯等) 無 ・ 有
- 2) 刺 青 無 ・ 有
- 3) 薬剤浸透絆創膏(ニトロダームTTS等) 無 ・ 有
- 4) 閉 所 恐 怖 症 無 ・ 有
- 5) 妊 娠(女性の方) 無 ・ 有
- 6) 避妊用リング等 無 ・ 有

～造影検査の方のみお答えください～

- * 以前に造影剤に対し過敏症の既往歴 無 ・ 有
- * アレルギー体質・疾患等 無 ・ 有
- * 鉄アレルギー 無 ・ 有
- * 気管支喘息 無 ・ 有
- * 心疾患 無 ・ 有
- * 肝機能障害 無 ・ 有
- * 腎機能障害 無 ・ 有

その他、マスカラ・ラメ入りメイクアップ用品は磁性体を有することがありますので、検査当日はお控えください。

身長 _____ c m

体重 _____ k g

※造影検査時のみ必須 eGFR値 _____ ml/min/1.73m²

30ml/min/1.73m²未満は実施できません。

上記に相違ありませんので、MRI検査を受けます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 患者・代理人署名 (_____)

以上確認し、MRI検査を依頼します。

(_____) 担当医 (_____)