

※MRI 検査について必要な項目ですので、検査を受ける前に必ず記入して下さい

# MRI 検査問診票

氏名 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

以下の項目がひとつでも、該当する場合、MRI 検査はできません  
該当する場合は申し出てください

- 心臓ペースメーカー、除細動器
- 人工内耳・中耳
- 神経刺激装置などの体内電子装置
- 可動型義眼・眼窩内の金属片(失明例あり)

①	MRI 検査を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
②	30 分間ほどあおむけで静止できますか	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 可能
③	せまい場所は苦手ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④	入れ墨、まゆ墨をしていますか(やけどの可能性あり)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤	現在、妊娠していますか(女性のみ)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥	下の項目に該当する場合 <input checked="" type="checkbox"/> して下さい。検査時には外していただきます <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 湿布薬 <input type="checkbox"/> 金属のついたネイル等 ※取り外しのできないものがありましたらお知らせください		
⑦	今までに金属を入れた手術、処置をしたことがありますか ※ <u>当院</u> での手術、処置を含めお答えください	<input type="checkbox"/> はい ⑧へ	<input type="checkbox"/> いいえ ここで終了
⑧	手術内容：		
⑨	以下の項目に該当するものがあれば <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい MRI 撮影可能かの判断は「MRI 検査についての注意事項」をご覧ください <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 血管内ステント <input type="checkbox"/> 手術クリップ <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> ワイヤー <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> その他の体内金属・カテーテルなど <input type="checkbox"/> 骨折後のプレート <input type="checkbox"/> スクリュー <input type="checkbox"/> インプラント(歯科用)		
⑩	以上の <u>処置</u> 、 <u>手術後</u> に MRI 検査を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

医療法人 慈和会 吉田整形外科病院（地域医療連携室）