

MRI 検査 事前問診票

MRI検査は、大きな磁石による磁場の中で体の中の水素原子の核磁気共鳴現象をコンピュータで解析して、人体の内部構造を画像化する検査です。検査室内には金属や電子機器は持ち込めません。以下の項目に☑で当てはまる方は、検査できませんのでスタッフにお知らせ下さい。

検査を行うにあたり、体重を教えてください。 _____ kg

【MRI禁忌の方】（該当するものにチェックをいれてください）

- 体内に心臓ペースメーカーなどの金属や電子機器が入っている
- 体内に脳動脈クリップ、血管ステント、人工弁が入っている(MRI不可の製品)
- 外科手術などで人工関節、人工骨頭、クリップ入っている(MRI不可の製品)
- 骨の金属固定プレート(磁性体)
- 人工内耳、義眼、磁石部分が脱着不可能な義歯
- アート眉、永久アイラインをしている
- 閉所恐怖症
- 入れ墨をしている
- 妊娠の可能性がある

【注意する方】（該当するものにチェックをいれてください）

- 歯科インプラントや人工歯根
- 心臓人工弁、頸動脈クリップ(MRI可能な製品)
- 骨の金属固定プレート(非磁性体)
- 子宮内に避妊器具をいれている
- 妊娠している(_____ 週)

上記確認した上で、検査の同意をします。

【入室前に必ず外していただくもの】

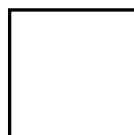
補聴器、入れ歯、装飾品(時計、ネックレス、指輪、ピアス、イヤリング、ヘアピン)、カイロ、エレキバン、湿布薬、アイライナー、マスカラ、コンタクト(カラー含む)遠赤外線下着、経皮吸収貼付剤(ニトログーム、デュロテップ、ニコチネルなど)、ネイルケア

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 【問診者 _____】

患者氏名（署名）: _____

同意者氏名(署名): _____ 【続柄 _____】

上記問診☑項目について確認済み



担当医印