

MRI 問診表

患者様氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 体重 _____ k g

- | | |
|--------------------|--------------------|
| ・ 心臓ペースメーカー（有・無） | ・ その他体内装置（有・無） |
| ・ 人工内耳（有・無） | ・ 金属製義眼（有・無） |
| ・ 磁石式義歯（有・無） | ・ 手術クリップ、コイル等（有・無） |
| ・ 入れ墨、永久アイライン（有・無） | ・ 手術等による体内金属（有・無） |
| ・ インプラント（有・無） | ・ その他体内金属（有・無） |
| ・ 妊娠（有・無） | |

上記項目で有りでも、材質等によっては検査可能です。前もって担当医等に確認し、安全が確認できた場合は下記にその旨記入願います。

(_____)

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医師サイン _____

受診される患者様へ

〔 検査当日の諸注意 〕

- 検査室内には、金属などは持ち込めません。不必要な装飾品などは、できるだけ身につけて来ないよう願います。
- 入れ歯、補聴器、金属製装具、カイロ、エレキバン、湿布、ベルト、ニトリダーム、ニコチネルなどは火傷や画像が乱れる可能性がありますので、検査前に取り外していただきます。
- ヒートテックなど熱を閉じ込めるような肌着は、体温上昇などの理由で禁忌です。
- アイライン、マスカラ、ネイルアート、カラーコンタクトなども同様に火傷などをする可能性がありますので検査当日はお控えください。
- 服の繊維に金属が使われている事例がありますので、検査部位に関係なく検査着に着替えていただきますのでご了承ください。