

MRI検査 問診票

青葉丘病院 医事課宛

FAX送信・病院提出用

患者氏名			
生年月日	M・T・S・H	年	月 日
年齢	歳	性別	M・F
体重	kg		

検査を安全に行うため下記の間いにお答えください

- 1) 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器はありますか いいえ はい
- 2) 脳動脈瘤クリップはありますか いいえ はい
- 3) 人工内耳、体内神経刺激装置はありますか いいえ はい
- 4) 義歯、義眼を装着していますか いいえ はい
- 5) 上記以外の手術で体内に金属類が入っていますか いいえ はい
はいの場合、手術の詳しい内容を教えてください（手術内容、材質、施設名、いつ頃など）

- 6) 手術以外で体内に金属類が入っていますか いいえ はい
はいの場合、金属の入っている部位、材質などを教えてください

- 7) 金属部品のある気管切開チューブを装着していますか いいえ はい
- 8) ニトロダームなどの貼り薬はありますか。また、はいの場合一定時間外すことは可能ですか いいえ はい
- 9) 刺青、アートメイクをされていますか いいえ はい
- 10) 閉所恐怖症はありますか いいえ はい
- 11) 妊娠またはその可能性はありますか いいえ はい

上記の内容を確認しMRI検査を可能と判断し依頼します

平成 年 月 日 御依頼医師