

MRI検査問診票(紹介医療機関様用)

1. 狭いところに入ることができますか (はい・いいえ)
2. 長時間動かずに仰向けに寝ていることができますか (はい・いいえ)
3. 体内に医療機器(ペースメーカー、人工内耳、ステントなど)はありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、具体的に記入してください
4. 体内に金属(脳動脈クリップ、人工関節など)はありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、具体的に記入してください
5. 事故などで体内に金属が入っている可能性がありますか (はい・いいえ)
→「はい」の場合、具体的に記入してください
6. 磁気装着式の入れ歯・義眼はありますか (はい・いいえ)

※3～6で「はい」の場合は医師と相談し、MRI検査が可能か確認をお願いします。

7. 義足、義手はありますか (はい・いいえ)
8. カラーコンタクトレンズはありますか (はい・いいえ)
9. 補聴器はありますか (はい・いいえ)
10. 刺青(タトゥーを含む)はありますか (はい・いいえ)
11. コルセット、装具はありますか (はい・いいえ)
12. 尿道バルーンカテーテルに磁石のキャップが付いていますか (はい・いいえ)
13. 妊娠中、もしくは妊娠している可能性はありますか(女性の方のみ回答) (はい・いいえ)
14. 血糖値測定器(リブレ)を装着していますか (はい・いいえ)

※「はい」の場合は医師と相談し、MRI検査が可能か確認をお願いします。
妊娠初期(3ヶ月以内)の検査は実施していません。

問診日 年 月 日

患者様氏名

問診者氏名