

# 様 MRI検査問診票

検査予定日 年 月 日 午前・午後 時 分

検査当日は、診察券と、この問診票を持って予約30分前までに来院してください。

検査前の食事は【 朝食抜き ・ 昼食抜き ・ 検査3時間前から絶食 ・ 食事制限なし 】です

※脱水を起こさない程度に、水分補給をして検査にお越しください。

・安全に検査を行うために以下の質問にお答えください。(問診項目)

・今の身長・体重を教えてください

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 体内にペースメーカー、植え込み型除細動器等を装着していますか？  はい  いいえ
2. 体内に人工内耳、神経刺激装置等ありますか？  はい  いいえ
3. 脊柱管内リード線、脊椎刺激装置等ありますか？  はい  いいえ
4. 脳外科にてV-Pシャントの手術をされましたか？  はい  いいえ
5. 外傷により体内に金属はありますか？(鉄片など)  はい  いいえ

種類 脳動脈クリップ・動脈ステント・コイル・IVCフィルター  
人工関節・義眼・義歯・その他( )

6. 金属を研磨するような仕事の経験がありますか？(鉄粉など)  はい  いいえ
7. 体に刺青(いれずみ)・をしていますか？(やけどの可能性がります)  はい  いいえ
8. 閉所恐怖症ですか？  はい  いいえ
9. 妊娠中または妊娠の可能性がりますか？  はい  いいえ
10. 避妊リングをしていますか？  はい  いいえ

## 【造影検査予定の方のみ】

11. 喘息といわれたことがありますか？  はい  いいえ
12. 過去にMRI造影検査をうけて気分不良などがありましたか？  はい  いいえ
13. 食べ物や薬でアレルギーが出たことがありますか？  はい  いいえ
14. 腎機能が悪いと言われたことがありますか？  はい  いいえ

※必須 クレアチニン ( \_\_\_\_\_ mg/dl)またはeGFR( \_\_\_\_\_ )

記入日：令和 年 月 日

( 本人 ・ 代理人 ) 氏名 (続柄： \_\_\_\_\_ )

上記1・2・4の間診において[はい]にチェックがある場合は、MRI検査はできません。

上記3の間診において[はい]にチェックがある場合は、MRI対応型か要確認。非対応のものはMRI検査はできません。

上記5・10の間診において[はい]にチェックがある場合は、非磁性体であるか要確認。

上記3・5～14の間診において[はい]にチェックがある場合で、MRI検査および造影MRI検査を行う場合、必ず注意事項と検査の必要性を説明したうえで( )内にOKと記載してください ( \_\_\_\_\_ )

問診の内容を検討した結果検査に支障がないものと判断します。

確認日：令和 年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_

社会医療法人真泉会 松山まどんな病院 放射線科 089-936-2503

まどんな病院使用欄

医師		看護師		放科技師	
----	--	-----	--	------	--