

# MR I 検査 問診票

(検査の予約申し込み前にご確認、記載くださるようお願いいたします。)

MR I 検査 (磁気共鳴断層撮影) は強力な磁石 (15000 ガウス) と電波を使用します。このため場合によっては事故が発生する恐れも考えられます。安全に検査を受けていただくために次の質問にお答えください。

1. 現在妊娠中、あるいはその可能性がありますか。 ( はい・いいえ )
2. 今までにMR I 検査を受けたことがありますか。 ( はい・いいえ )
3. 30分程度ベッド上で静止することができますか。 ( はい・いいえ )
4. 今までに手術を受けたことがありますか。 ( はい・いいえ )  
手術の内容 ( )
5. 心臓ペースメーカー、又は埋め込み型除細動器がありますか。 ( はい・いいえ )
6. 人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置がありますか。 ( はい・いいえ )

主治医の先生にお願いします。

下記の枠内に該当する場合は検査の適応がない場合もあることをご理解ください。

※ 体内に金属が埋め込んである場合、どのようなものが入れているか、記入してください。

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー               | <input type="checkbox"/> ICD (埋め込み型除細動器) | <input type="checkbox"/> 人工内耳                   |
| <input type="checkbox"/> 神経刺激装置などの体内電子装置         | <input type="checkbox"/> 脊柱管内リード線、脊髄刺激装置 |   |
| <input type="checkbox"/> 脳血管クリップ                 | <input type="checkbox"/> 心臓人工弁           | <input type="checkbox"/> 血管内の金属 (コイル、ステント、フィルタ) |
| <input type="checkbox"/> 骨接合のための金属 (ビス、ネジ、金属板など) | <input type="checkbox"/> インスリンポンプ        |   |
| <input type="checkbox"/> 人工関節                    | <input type="checkbox"/> 眼球内など体内の金属片     | <input type="checkbox"/> その他 ( )                |

※ 刺青 (イレズミ) は検査中、熱感を感じたり、変色する場合があります。

※ カラーコンタクトレンズ、アイメイク (マスカラ等) は付けずに来院してください。

※ 補聴器、入れ歯、シップなどの張り薬、カイロ、ヘアピンなど、金属、又は検査に支障をきたすおそれのあるものは、検査前に外していただきます。ご了承ください。

※ 体重をご記入ください ( ) kg

このたびMR I 検査を受けるに際し、検査についての説明を十分に理解いたしました。

本人または代理人 続柄 署名  
(代理人が署名する場合は患者氏名も記入：患者氏名 )

令和 年 月 日 確認医師名

独立行政法人 国立病院機構

とくしま医療センター西病院 放射線科 ☎ (0883) 24-2161

地域医療連携室 📠 (0883) 24-0703

(この問診票を地域医療連携室に FAX をお願いします。患者さんはこの問診票をご持参ください。)