

MRI検査 問診表

検査日時: _____ / _____ / _____ :

ID: _____

氏名: _____

MRI検査は強力な磁石を用いての検査のため、安全確認のため下記のものについて確認が必要になります。

	体内金属	あり	なし
禁忌	Q1 体内の電子機器の有無。 ・心臓ペースメーカー、 ・植込み型除細動器 ・人工内耳、 ・神経刺激装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
注意	Q2 体内に入っている金属の有無。 ◇ 脳動脈瘤クリップ・ステント *1990年以前に留置されたものは不可 ◇ 心臓人工弁 *2010年以前のは要確認 ◇ 内視鏡クリップ *条件付きで可 □3か月以内 □ 当院で □ 他院で *他院のものに関しては要確認 ◇ シヤント手術 *脳外科へ相談 ◇ 自己血糖値測定器(FreeStyle リブレ) *センサーを取り外せば可能 ◇ 磁性アタッチメントによる義歯 *不可 *取り外し可能なら撮影可能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Q3 その他 同意があれば可 ① 刺青・アートメイク *熱感、熱傷、変色する可能性を説明 ② 矯正用ブリッジ ③ 人工骨頭・人工関節 *熱感が出る可能性を説明 *①②に関しては同意された旨を電子カルテに記載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Q4 上記以外に金属の有無。 義手、義足、義眼、避妊リングなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Q5 妊娠の有無。 同意があれば可	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

問診日

_____年 ____月 ____日

説明医師 _____