

受付番号

ロッカー番号

MRI 問診票

検査日： 月 日

名前： _____

※以下の物は持ち込めません

眼鏡・スマートフォン(携帯電話)・アクセサリ類(ネックレス、指輪など)

財布・カード・時計・指輪・ホッカイロ・湿布・ニトロダーム・貼布薬

※眼鏡・かつら(ウィッグ)が必要な方は検査の直前で外して頂きます

【MRI 検査のための問診】

1	現在の体重は何 kg ですか?		kg
2	狭いところは苦手ですか?(閉所恐怖症ですか?)	はい	いいえ
3	医療機器(ペースメーカー、人工内耳など)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	手術をして体内に金属がありますか?	はい	いいえ
	「はい」の場合、いつ手術されましたか?	[] 年	
	「はい」の場合、具体的に記入してください	[]	
脳動脈クリップ、コイル、ステント、消化管止血クリップ、人工関節、椎体インプラントなど			
5	糖尿の持続測定器/インスリン注入器はありますか?	はい	いいえ
6	入れ歯、歯科用インプラントはありますか?	はい	いいえ
7	補聴器はありますか?	はい	いいえ
8	カラーコンタクトレンズをつけていますか?	はい	いいえ
9	義眼、義手、義足はありますか?	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
【女性の方のみ】			
11	妊娠中、もしくは妊娠している可能性はありますか?	はい	いいえ
	「妊娠中」の場合、何週目ですか?		週目

診療放射線技師

看護師