ID：

氏名：

生年月日：

MRI検査　問診票

MRI検査は強力な磁石を使用して行います
安全な検査を行うために、以下の設問にお答えください

検査日時：

〔MRI検査を受ける方について〕

＊：はいと答えた方は該当するものに〇か、その他（　　）に記入して下さい。

・体内外に医療用電子電機部品、金属部品が存在している　はい・いいえ・わからない
*ペースメーカー　脳動脈クリップ　ステント　人工関節　人工内耳　ピアス　補聴器
インスリンポンプ　接続グルコース測定器　その他（　　）

・体内に金属の破片（弾丸・鉄片）が存在している　はい・いいえ・わからない

・金属、または磁石で固定されている義眼、義歯（入れ歯）を使用している　はい・いいえ・わからない

・金属を含む貼り薬を使用している　はい・いいえ・わからない
*ニトロダーム(心臓薬)　ニコチネル(禁煙薬)　ノルスパンテープ(慢性疼痛薬)
ニュープロパッチ(パーキンソン治療薬)　その他（　　）

・刺青、アートメイクなどを施している　はい・いいえ

・コンタクトレンズを使用している　はい・いいえ

・閉所恐怖症（狭いところが苦手）である　はい・いいえ・わからない

・以前にMRI検査を受けたことがある　はい・いいえ・わからない

〔女性の方について〕

・妊娠中、またはその可能性がある　はい・いいえ・わからない

・子宮内に避妊器具が存在している　はい・いいえ

〔造影MRIを受ける方について〕

造影検査をする場合のみ立ち会い者（医療従事者）のｻｲﾝをする　立ち会い者

・腎機能チェック　eGFR　ml/min/1.73㎡ または　sCr　mg/dl　体重　Kg

・MRI検査用の造影剤を使用したことがある　はい・いいえ・わからない

・以前に造影剤を使用した際、気分不良、発疹などが出たことがある　はい・いいえ

・アレルギーがある（　　）　はい・いいえ

・気管支喘息の既往がある　はい・いいえ

・授乳中である　はい・いいえ

造影検査をする場合のみ記入して下さい

検査の実施　可　・　不可　　造影剤の使用　可　・　不可

私は現在の病状、検査の必要性および内容について十分な説明を受け、理解しましたので、実施を承諾します。

記入日　　年　　月　　日　　患者氏名

本人が18歳未満または記入が困難な場合　保護者または代理人氏名　　（続柄　　）

問診医師

2024年4月　改訂

医療法人社団　綾和会
浜松南病院
HAMAMATSU SOUTH HOSPITAL