



## MRI検査に関する問診票

患者様署名 \_\_\_\_\_ 様                      代理人様署名 \_\_\_\_\_ 様  
検査予定日                      年                      月                      日                      A M ・ P M                      時                      分

いくつかの質問をさせていただきますので、当てはまる箇所口にレ印を入れてください。また、“ある”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは( )の中に具体的な言葉をお書きください。以下の問診に当てはまる方は造影検査を行えない可能性があります。  
☆ 御不明な点はスタッフまでお尋ね下さい。

### 《MRI検査問診》

1. あなたの身長体重を教えてください。 \_\_\_\_\_ c m                      K g
2. 体内に金属・機械類はありますか？(手術や職業病により)-----□ある □ない  
「ある」の場合：ペースメーカー、植込み型除細動器(ICD)、人工心臓弁、人工内耳、脳血管・内視鏡クリップ  
人工関節・骨頭、義眼、V-Pシャント、ステント、インプラント、置き針、弾丸、薬物注入ポート、  
避妊リング、その他 医療器具や金属等あればお書き下さい( \_\_\_\_\_ )
3. 閉所恐怖症、体温調整機能の異常はありますか？.....□ある □ない
4. 刺青・タトゥー(アイライン・眉毛含む)がありますか？-----□ある □ない
5. 重症不整脈・てんかん(痙攣発作)はありますか？.....□ある □ない
6. せき・痛み・しびれなどで、30分程度の静止が困難ですか？-----□ある □ない
7. 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？.....□ある □ない

### ☆以下は造影剤使用検査(ガドリニウム造影剤)を受けられる方のみお答え下さい。

8. これまでに造影剤(注射)を用いた検査をしたことがありますか？-----□ある □ない  
「ある」の場合：MRI・CT・尿路造影・血管造影・他( \_\_\_\_\_ )
9. そのとき、帰宅後も含め何か異常がありましたか？(熱感を除く).....□ある □ない  
「ある」の場合：吐き気・嘔吐・かゆみ・湿疹・呼吸困難・意識消失・血圧低下・他( \_\_\_\_\_ )
10. 現在の体調で優れないところがありますか？-----□ある □ない
11. 気管支喘息といわれたことがありますか？.....□ある □ない
12. 腎臓の病気・腎障害があるといわれたことがありますか？-----□ある □ない
13. 心臓・肝臓の病気があるといわれたことはありますか？.....□ある □ない
14. アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症などはありますか？-----□ある □ない
15. 食品や薬品でアレルギーがおこったことがありますか？.....□ある □ない  
「ある」の場合：その品名と症状を詳しく( \_\_\_\_\_ )
16. その他、気になる事が御座いましたらお書き下さい。  
( \_\_\_\_\_ )

医師確認サイン \_\_\_\_\_