

MR検査問診票

検査を安全にお受けいただくため、下記の項目についてご記入ください。

* 体内に金属が入ってから初めてMR検査を受けられる方は、
検査当日までに、手術をおこなった病院でMR検査が可能かどうかを必ず確認してください。

検査日： 年 月 日

お名前： 体重： kg

該当するものを○で囲っててください。

過去にMR検査を受けたことがありますか。 なし ・ あり
閉所恐怖症がありますか。 なし ・ あり
妊娠中または妊娠の可能性がありますか。 なし ・ あり
1か月以内に内視鏡検査（胃・大腸）を受けたことがありますか。 なし ・ あり

* 治療等で体内に金属はありますか。 【 なし ・ あり 】 該当するものがある場合、○で囲ってください。			
頭頸部	脳深部刺激装置	人工内耳	金属の義眼底
	シャントバルブ	クリップ	コイル ステント
	歯科インプラント	その他（ ）	
胸・腹部	ペースメーカー	脊髄刺激装置	人工心臓弁 胸骨ワイヤー
	シャントバルブ	カテーテル	コイル ステント
	クリップ（止血用含む）	埋め込み型心電計	その他（ ）
整形（骨折など）	人工関節	プレート	ボルト（部位： ）
その他の手術歴、または事故や任意による金属の混入・埋め込みがある方はご記入ください。			
体内に金属が入ってからMR検査を受けたことがありますか。 なし ・ あり			

ここからは検査当日にご記入ください。

現在、身につけているものを○で囲ってください。検査着に着替える時にはずしていただきます。

頭部	入れ歯	カラーコンタクトレンズ	めがね
	かつら	増毛パウダー・スプレー	ヘアピン・髪飾り
	補聴器・イヤホン	ピアス・イヤリング	
衣類	金具付き（下着含む）	遠赤外線下着	
貼り薬等	ニュープロパッチ	ノルspanテープ	ニコチネルTTS
	ニトロダームTTS	湿布	カイロ
	鍼灸の針	その他貼り薬（ ）	
貴重品等	ネックレス 指輪	時計 携帯電話	財布・カードケース
装具・装置	装具・コルセット（部位： ）		心電図計・持続血糖測定器等
メイク等	アイライン・マスカラ・ラメ入りメイク		入れ墨など
その他	DIBキャップ（尿道カテーテルのキャップ）		その他（ ）

ご記入は、これで終わりです。

やむを得ず私服で検査する場合は、ポケットの中身を必ず確認してください。

確認済み

医療者サイン： _____

技師サイン： _____