MRI検査問診票

氏名　　様（男・女）生年月日T・S・H　　年　月　日

MRI検査時間　　年　　月　　日（　）午前・午後　　時　　分

予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございますので、予めご了承ください。
＊検査当日、予約時間で遅れる場合、事前にご連絡ください。

MRI検査を安全に行うために、次の質問にお答え下さい。

（1）心臓ペースメーカや人工内耳を使用していますか？　（はい・いいえ）
（2）手術や針治療、外傷などで身体の中に金属が入っていますか？　（はい・いいえ）
　脳動脈クリップ・人工骨頭・人工関節・心臓人工弁・ステント・義眼・塞栓コイル
　避妊用金属リング・おき針・その他
（3）今までにMRI検査を受けられたことがありますか？　（はい・いいえ）
（4）狭いところに入って気分が悪くなったことがありますか？　（はい・いいえ）
（5）現在、妊娠または、授乳中ですか？　（はい・いいえ）
（6）インプラントやマグネットタイプの入れ歯をしていますか？　（はい・いいえ）
　※緩みや変形を起こす場合があります。
（7）刺青やアートメイクをしていますか？　（はい・いいえ）
　※変色の可能性があります

私はMRI検査について説明を受け、必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意します。
（日付とご署名をお願いいたします。検査を受ける方が未成年及び、付き添いが必要な場合は、ご家族や代理の方にもご署名をお願いいたします。）

平成　　年　　月　　日　　ご署名

ご家族、代理の方のご署名　　（続柄：　　）

＊問診票の結果によっては、身体の安全性を考え検査を中止することがあります。
＊検査当日はこちらのMRI検査問診票をご記入してご持参下さい。