

MRI問診票

氏名

様

身長

cm

体重

kg

●禁忌事項

※「はい」又は「いいえ」にチェックして下さい

1. 心臓ペースメーカー（埋め込み）はありますか？
2. 人工内耳やその他の埋め込み装置はありますか？
3. 注入ポンプ等がありますか？
4. 眼、脳、内臓、肺、縦隔内に強磁性体の金属（弾丸、鉄片等）ありますか？

はい いいえ

はい いいえ

はい いいえ

はい いいえ

●その他の確認事項

5. 固定器具等体表に金属が存在していますか？
6. 脳動脈瘤クリップ、コイル、血管内ステントはありますか？
7. 刺青、アイライン、マスカラはありますか？
8. 体内に手術などで金属が入っていますか？

はい いいえ

はい いいえ

はい いいえ

はい いいえ

（人工関節、手術による体内金属、歯科インプラント等）

※「はい」の方で検査可能か分からない場合は、治療を受けた医師にご相談下さい

9. 閉所恐怖症はありますか？
10. 女性の方で妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか？

はい いいえ

はい いいえ

（妊娠の場合 第 _____ 週 第7週までは禁忌）

11. Vp-シャント（圧可変バルブ）を挿入されていますか？

はい いいえ

※「はい」の場合は、施設利用では対応しておりません

年

月

日

以上問診の結果、MRI検査を依頼します

依頼医療機関名

医師名（署名）