

# MRI検査問診票

1) 今までにMRI検査を受けたことがありますか

はい いいえ

2) 体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか

- ない 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器  
人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置  
脊柱管内リード線、脊髄刺激装置  
脳動脈瘤クリップ（くも膜下出血の手術）  
心臓や血管内の金属類、人工物（リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど）  
人工心臓弁 圧可変式バルブシャント（脳室シャントなど）  
人工骨頭、人工関節、釘など（整形外科の手術）  
胆管、食道、気管などの金属ステント  
体内に外傷による金属片（銃弾破片や鉄片など）

3) 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、選んでください

- 義眼 補聴器 義足 義手 磁石を利用した義歯(入れ歯)  
歯列矯正器具 コルセット 鍼(はり)の治療針 その他（ ）

4) 刺青(イレズミ)をしていますか

はい いいえ

5) カラーコンタクトレンズを使用していますか

はい いいえ

6) 貼り薬を貼っていますか

はい いいえ

7) 閉所恐怖症ですか

はい いいえ

8) 本日の診察で特に希望されることがあればご記入ください

( )

※ご協力ありがとうございました。

© 2021 flixy Inc.