外来.病棟	放射線

【問診票】MR検査

検査日:　　年　　月　　日

記入日:　　年　　月　　日

ID

患者氏名　　様　　体重　　Kg

1. 今までにMR検査を受けたことがありますか？　（ 当院 / 他院 ）	【有・無】
2. 今までに手術を受けたことがありますか？ （手術名:　　）	【有・無】
3. 体内に以下のような金属類、機械、人工的なものはありますか。	
心臓ペースメーカ、植え込み型除細動器　（ 当院 / 他院　　年）	【有・無】
心臓や血管内の金属物、人工物　（リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルター、人工弁）	【有・無】
人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置　、磁力で装着する義眼	【有・無】
脊柱管内リード線、脊髄刺激装置	【有・無】
脳動脈瘤クリップ　（ 当院 / 他院　　年）	【有・無】
圧可変式バルブシャント （脳室シャント:水頭症の手術）	【有・無】
人工関節、人工骨頭、ワイヤー、釘など （整形外科手術）　（　　年頃）	【有・無】
内視鏡検査 （ 胃カメラ、大腸カメラ ）によるクリップ　（ 当院 / 他院　　年）	【有・無】
おき針、美容形成用金糸、　避妊リング（金属製）	【有・無】
上記以外の体内金属　（　　）	【有・無】

上記に該当するものがある場合は、お手数ですが患者様の方で施行した施設へMR検査が可能か確認をお願いします。当日までに確認が取れない場合は、検査を行うことは出来ません。

4. 体内に外傷や旋盤作業による金属片がありますか（眼球に鉄片など）	【はい・いいえ】
5. 以下の『金属類や人工的なもの』を使用していれば、〇で囲んでください。 （　補聴器・義足・義手・磁力で装着する義歯、歯列矯正器具、カラーコンタクト　）	【はい・いいえ】
6. メイクアップ用品、染毛用スプレーや粉末を使用している。	【はい・いいえ】
7. 刺青、アートメイク、まぶたの刺青をしている。	【はい・いいえ】
8. 現在授乳中である　。　妊娠中、妊娠の可能性がある　。　（　　週目）	【はい・いいえ】
9. 閉所恐怖症である。　（閉所恐怖症の方は、担当医師にご相談ください。）	【はい・いいえ】

◆　アイメイク、ラメを混入しているメイクアップ用品、ピアス類は検査当日は控えてください。

医療法人財団　明理会　東戸塚記念病院　　放射線科