MRI検査問診票

□ 内科　□ 整形外科　□ 耳鼻科　□ 外科
□ 精神科　□ 泌尿器科　□ 脳神経外科　□ 眼科
□ （　　）

MRI検査を安全に行うために以下の質問にお答えください。
また、該当する場合は検査前に取り外していただきます。

1）体内金属の有無について
ペースメーカー、ステント、コイル、脳動脈瘤クリップ、置き針、
人工内耳、人工弁、人工関節、骨などの固定金属等、
また、外傷による金属片（銃弾破片や鉄片など）がありますか？　はい　・　いいえ

2）手術をしたことがありますか？（日付/　　）、（部位/　　）　はい　・　いいえ

3）補聴器をしていますか？　はい　・　いいえ

4）入れ歯、インプラントをしていますか？　はい　・　いいえ

5）ネックレス、ピアス等の装飾品をしていますか？　はい　・　いいえ

6）ヘアピン、かつらをしていますか？　はい　・　いいえ

7）カラーコンタクトレンズを装着していますか？　はい　・　いいえ

8）入れ墨 (タトゥー、アートメイク含) はありますか？　はい　・　いいえ

9）閉所恐怖症はありますか？　はい　・　いいえ

10）妊娠中、またはその可能性はありますか？　はい　・　いいえ

11）湿布や貼り薬等、体に貼っていますか？　はい　・　いいえ

12）MRI検査は初めてですか？　はい　・　いいえ

13）マスカラ、アイシャドー等はしていますか？　はい　・　いいえ

14）ネイルアート（金粉が入ったもの）はしていますか？　はい　・　いいえ

15）現在の身長、体重を教えてください。　（　　）cm ・（　　）kg

16）検査を受けられる方の署名をお願いします。

本　人　（　　）

代筆者　（　　）

日　付　　年　　月　　日

☎046-865-4105　湘南病院

20181024