MRI検査問診票

MRI検査は強力な磁気と電磁波を使用する検査です。金属物（刺青や化粧品に含まれる成分も含む）を検査室内へ持ち込むと発熱、火傷、機器故障、画像の歪み等の原因となる恐れがあります。そのため検査中に何か異常を感じた際はボタンを握ってお知らせください。

MRI検査を安全、円滑に行うため質問への回答と取り外し可能な物のご確認をお願いします。

① 体内の金属や機器の有無について 埋め込み式電子機器（ペースメーカー、ICD、神経刺激装置）、人工弁、人工内耳、圧可変式シャントバルブ、スワンガンツカテーテル、脳動脈クリップ、人工関節、金属固定金具、ステ　ント、コイル、フィルター、置き針、または外傷による金属片（鉄片等）の有無について、その他体内の金属や機器（　　）	有 ・ 無
② 手術歴の有無について　　日付と内容（	有 ・ 無
③ 補聴器の有無について	有 ・ 無
④ 入れ歯、インプラント、歯科矯正の有無について	有 ・ 無
⑤ アクセサリー、腕時計等の装飾品やカード等の磁気を含む所持品の有無について	有 ・ 無
⑥ ヘアピン、かつら、白髪染め・増毛	有 ・ 無
⑦ マスカラ、アイシャドー、アイライナー、その他、ラメ等の金属成分が入ったベースメイクなどの化粧	有 ・ 無
⑧ カラーコンタクトの有無について	有 ・ 無
⑨ ネイルアート（金粉の入ったもの、マグネットネイル等） **→有の場合、検査前までに除去をお願いします。**	有 ・ 無
⑩ 刺青（タトゥー、アートメイク含）の有無について	有 ・ 無
⑪ 湿布や貼り薬の有無について	有 ・ 無
⑫ 妊娠中、またはその可能性について	有 ・ 無
⑬ 閉所恐怖症の有無について	有 ・ 無
⑭ MRI検査の経験の有無について	有 ・ 無
⑮ 現在の身長、体重を記入してください。　（身長　　cm / 体重　　kg）	

＊上記事項を確認した上でMRI検査を受けます。

本人及び代筆者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日　　年　　月　　日