MRI検査　問診票

記入日　　年　　月　　日

MRI検査を受けられる方は、下記の質問にお答えください。

体重　　Kg

1．下記のものは体内にありませんか？ある方は○をつけてください。

（　）ペースメーカー	（　）人工内耳
（　）植込み型除細動器（ICD）	（　）磁性式義眼
（　）神経刺激装置	（　）眼球内金属混入（職業柄・事故・戦争など）
（　）可圧変式バルブシャント	
（　）スワンガンツカテーテル	（　）気道ステント

2．手術をされたことはありますか？　　いいえ　・　はい

3．はい、の方　いつ頃、何の手術をされましたか？　（　　年頃　　の手術）

4．下記のものはありませんか？
当てはまるところに○をお願いします。

＊メーカーや材質は、お手数ですが手術された医療機関にお問い合わせください。

（　）脳動脈瘤の手術によるクリップやコイルなど　（メーカー、商品名　　）

（　）手術による金属（人工関節やプレート、ボルトなど）（メーカー、材質　　）

（　）人工心臓弁　（メーカー、商品名　　）

（　）各種ステント・血管内コイル　（メーカー、商品名　　）

（　）磁石式の人工肛門、導尿管

（　）消化管の止血クリップ　（メーカー、いつ検査したか　　）

（　）歯科用インプラント（磁石式）

（　）刺青・眉の入れ墨など

（　）カラーコンタクト（縁取りにカラーの入っているコンタクトも含む）

（　）妊娠中、または妊娠の可能性がある

（　）閉所恐怖症

（　）補聴器

（　）避妊リング　（商品名　　）

（　）その他に体内に金属のある方　（材質　　）

検査を受けられるご本人様・代理人様　ご署名

新都心むさしのクリニック　　048-783-3183