

MRI 検査問診票

患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性	体重
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 女性	kg

安全に検査を行う為に、下記の質問に正確にお答えください。(該当する□に☑印を入れて下さい)

- 今までに MRI 検査を受けたことがありますか はい いいえ
- 今までに手術をして体内に金属や装置が入っていますか はい いいえ
- 「はい」の方は具体的に記入して下さい。(手術部位: 何の手術か:)

●以下の項目に当てはまる方は脳ドック検査を受けることができません。【 該当なし】

※該当する方は項目にチェックして下さい。該当しない方は右上の該当なしにチェックをお願いします。

- 心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器がある
- 人工内耳・皮膚拡張器・神経刺激装置・可動式義眼（マグネット式）がある方
- 脳室シャントがある
- 妊娠の可能性、または妊娠 16 週未満
- 増毛スプレー（ミリオンヘアー、アートミクロンなど）をつけている状態の方
- 人工心臓弁が入っている（1970 年以前のは MRI 禁忌）

●以下の項目に当てはまる方は検査を受けられない場合があります。【 該当なし】

※該当する方は項目にチェックして下さい。該当しない方は右上の該当なしにチェックをお願いします

- 脳動脈クリップがある（手術した病院にて材質の確認が取れていれば可）（手術年月 年 月）
- 血管内コイル・ステントがある（留置 4 週以内は不可）（手術年月 年 月）
- 胆管・食道・気管などの金属ステントがある（材質の確認必要）（手術年月 年 月）
- 内視鏡止血用クリップがある
（手術年月 年 月）
- 胃管チューブを留置している（金属部位があるものは不可）
- 人工関節・骨折治療用金属がある（体内で固定しているものは可。体外からの固定（創外固定）は不可）
- その他、何らかの金属が体内にある
- 歯科矯正・歯の治療用金属がある（磁石式の義歯等は消磁してしまう事あり）
- 刺青、アートメイクがある（熱を帯びる事がある）
- 閉所恐怖症がある

●以下のようなものを身につけている場合は外して検査になります。【 該当なし】

※該当する方は項目にチェックして下さい。該当しない方は右上の該当なしにチェックをお願いします

- 義歯（金属部分があるもの） カラーコンタクト ウィッグ
- 補聴器 時計 鍼の治療針
- ヘアピン カイロ コルセット
- 義肢・義足 ヒートテック等発熱下着 アクセサリ類
- エレキバンやマグネーループなど 貼り薬（ニコチネル・ニトロダームは必ず剥がして下さい）

問診や検査に関するお問い合わせ

広島共立病院 健診センター Tel 082-879-1223