

MR I 検査 問診票

医療機関名 _____

先生 _____

検査予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分

上記予約時間の 45 分前までに御来院ください。

この問診票を記入して検査当日にお持ちください。

検査できない方 (下記に該当する方は検査をお受けになれません。)

- ・ ペースメーカー (体内式・体外式) ・ 自動除細動器 (ICD) (有・無)
- ・ 脳室内シャント (有・無)
- ・ 下大静脈フィルター (有・無)
- ・ 人工内耳 (有・無)

場合によっては検査できない方 (下記に該当する方は必ずご連絡下さい。)

- ・ 心臓人工弁 (有・無)
- ・ 動脈・静脈・尿管内等の金属類 (フィルター・ステント・コイルなど) (有・無)
- ・ クリップ類 (脳・心臓・腹部手術など) (有・無)
- ・ 刺青 (タトゥー) 【成分によっては火傷または、変色の危険性があります。】 (有・無)
- ・ 人工骨頭・人工関節等 (股関節・膝関節など) (有・無)
- ・ 骨折内固定金属 (シリンダーネール・プレート・骨螺子・鋼線^{こうせん}・釘等) (有・無)
- ・ 避妊リング (有・無)
- ・ 妊娠または妊娠の可能性のある方 【胎児に対する安全性が確立していません】 (有・無)
- ・ 磁石を使用した義歯 (インプラント) 【治療した歯科医の許可があれば検査可能】 (有・無)
(義歯の磁力が消失し使用できなくなる可能性があります)

はずして(除去して)検査するもの

- ・ ニトロダーム (アルミ箔を使用した心臓の薬) 【火傷の危険性があります】 (有・無)
- ・ 濃い化粧 (特にラメが入ったもの) (有・無)

撮像部位によっては検査できるもの

- ・ 歯の矯正用金属…頭部頸部以外検査可能 (有・無)

その他

- ・ 閉所恐怖症 (有・無)
- ・ その他の金属 () (有・無)
- ・ 手術歴 (_____ 年 _____ 月頃) (有・無)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者氏名 _____

代理署名

* ご不明な点は下記までお問い合わせください。

聖霊病院 放射線技術科

TEL052(832)1181 MR I 室内線(7213) 、時間外(17:00~20:00)…内線(7211)