

MR I 検査問診表

MR I 検査を安全かつ円滑に行えるように、ご協力をお願いいたします。

患者様氏名 _____ (男・女) _____ 年 月 日検査予定

- 1) 心臓の手術 (心臓ペースメーカーなど) を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
- 2) 頭の手術 (動脈瘤クリッピングなど) を受けたことがありますか? (はい・いいえ)
- 3) 眼・内臓周囲に金属片や弾が入っていますか? (はい・いいえ)
- 4) 体内に金属 (人工関節、骨折の固定板など) が入っていますか? (はい・いいえ)
- 5) 上記以外に、手術を受けたことがありますか? (はい・いいえ)

1) ~ 4) ではい、と答えられた方は

(いつ頃: _____ 手術の部位: _____)

- 6) 食物や薬などでアレルギー反応が出たことがありますか? (はい・いいえ)
- 7) 気管支喘息といわれたことがありますか? (はい・いいえ)
- 8) 腎臓病といわれたことがありますか? (はい・いいえ)
- 9) 補聴器 (人工内耳) ・金属製の義眼をしていますか? (はい・いいえ)
- 10) 閉所恐怖症ですか? (はい・いいえ)
- 11) いれずみ (眉・ネイルアートなど) がありますか? (はい・いいえ)
- 12) 現在、妊娠している可能性がありますか? または授乳中ですか? (はい・いいえ)
- 13) おおよその体重を教えてください。 _____ 約 _____ kg

上記事項・検査説明書を確認しました。 _____ 年 月 日

氏名 (自署) _____

家族等の氏名 (続き柄) _____

確認

医師 _____

放射線技師 _____

看護師 _____

★★ 記入後は、この問診表を検査受付または看護師へお出し下さい。★★
ご協力ありがとうございました。