

乳房
リウマチ両手
MRI検査問診票

カナ

氏名

生年月日

検査を安全に行うため、
問診票の項目に該当する箇所があれば、□内に✓印の記入をお願い致します。
なお、該当箇所が無い場合は、一番下の『該当無し』に✓印を記入願います。

I. 次の項目に該当すれば、 **検査は禁止(当院では不可能)** です。

- 心臓ペースメーカーを使用されている方
- 体外式の生命維持装置に依存されている方
- 人工内耳の手術をされた方

II. 次の項目に該当すれば、 **検査が不可能な場合** があります。

- ①動脈瘤クリップ(脳動脈瘤の手術)をされている方
- ②体内に金属(人工関節など)が入っている方
(入っている部位 _____)
- ③心臓人工弁(□1970年以前に手術された方)、人工血管を移植された方
- ④心臓や頸部などの血管にステント(血管拡張術)を入れている方
または、脳動脈瘤塞栓術用のコイルを入れている方
ステント・コイル埋込日: _____ 年 _____ 月頃
※ ステント埋込み後、8週間以内の検査は安全性を考慮してお断りしています。

- ⑤妊娠されている方または可能性のある方

①～⑤該当の場合 主治医の判定: 可 不可 (判定者名: _____)

- 閉所恐怖症の方(狭い、暗い所で不安を感じられる方)
- うつ伏せに寝れない方または静止できない方、痛みの激しい方
- 不整脈あるいはテンカンがあるとされたことのある方
- 金属を研磨するような仕事に従事したことがある方
- 永久的な入墨、アイラインなどの化粧をされている方
- 磁石式の入れ歯(磁性アタッチメント義歯)をされている方
- コンタクトレンズをされている方(検査当日は、はずして実施します)

該当項目無し

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名(_____) (本人・代理人)

主治医の説明確認(署名: _____)

患者様又は代理人の署名が取れない場合は、主治医の全責任の下で実施します。