

御来院の際はこの用紙を御持参下さい。

検査日

曜日

氏名

検査開始時間

生年月日

性別

下記の【問診】に必ずお答え下さい。

【問 診】

問診に不明な点があれば、検査が出来ない場合があります。

- ①MRIの検査を受けたことはありますか？ (有 ・ 無)
- ②体内に以下のような医療用の金属はありますか？
- ・心臓ペースメーカー(MRI対応、非対応) (有 ・ 無)
 - ・人工内耳 (有 ・ 無)
 - ・脊髄刺激装置 (有 ・ 無)
 - ・脳動脈瘤クリップ・コイル (有 ・ 無)
 - ・圧可変式バルブシャント(脳室シャント・VPシャント) (有 ・ 無)
 - ・人工関節や骨折固定ホルトなど (有 ・ 無)
- ③入れ歯はありますか？ (有 ・ 無)
- ④補聴器はありますか？ (有 ・ 無)
- ⑤閉所恐怖症はありますか？ (有 ・ 無)
- ⑥女性の方へ 現在妊娠していますか？ (有 ・ 無)
- ⑦以下の金属類を当日身に着けている方は該当するものに○で囲んでください
義眼 ・ ウィッグ ・ ヘアーファンデーション ・ 歯列矯正器具 ・ 体内置き針
刺青 ・ カラーコンタクト ・ 避妊リング ・ 血糖測定器

《MRI検査を受けられる方へ》

- 1) 検査前に着替えていただきますが、その際磁気の影響で破損・発熱する可能性のあるもの画像に影響を及ぼす以下のものは、検査前に必ず取り外してください。
- ・金属製の物(時計、携帯電話、眼鏡、指輪、ネックレス、ヘアピン、イヤリング、ピアス等)
 - ・磁気を使用した製品(キャッシュカード、エレキバン等)
 - ・金属のついている洋服(ファスナー、ベルト、ブラジャー、スリッパ等)
 - ・その他(コルセット、湿布、カイロ、保温下着、ニトダムテープ等)
- 2) 女性の方へ 当日アイメイク(アイシャドー、マスカラ)はしないで下さい。