

MRI 検査についての問診票

ID:

患者氏名:

様

心臓ペースメーカーなどを使用している	はい	いいえ
体内に金属物や機器などがある (クリップ、人工関節、プレート、ボルト、ステント、人工弁、インプラント、人工内耳など)	はい	いいえ
今までに手術や内視鏡検査を受けたことがある	はい	いいえ
どのような手術や処置でしたか？ それはいつ頃ですか？(上の質問に「はい」と答えた方のみ記載して下さい) 手術や処置の内容 年 月 日		
※当院のMRI装置の磁場強度は3.0Tです。他の施設でMRI検査を受けた方でも、当院では検査できないことがあります。 手術を受けた施設で、3.0TのMRIで検査が可能か、ご確認をお願いします。		
現在コンタクトレンズ・補聴器・入れ歯・歯科用ブリッジ・歯科用インプラントを装着している	はい	いいえ
刺青・マニキュア・化粧・貼り薬などを行っている	はい	いいえ
金属片、金属粉が飛び散るような作業や金属片などでけがをしたことがあるか、 もしくは弾丸などが体内にある	はい	いいえ
閉所恐怖症である	はい	いいえ
現在妊娠中、もしくは妊娠している可能性がある(女性のみ)	はい	いいえ
最終月経(女性のみ) 月 日頃 ～ 月 日頃 周期(順調・不順) 閉経(歳頃)		
現在の体重は何 Kg ですか？	Kg	

造影剤用問診

今までMRI造影剤(ガドリニウム、鉄剤)を使ったことがある	はい	いいえ
MRI造影剤を使った時に副作用を生じたことがある	はい	いいえ
実際に起こった副作用は何でしょうか？(上の質問に「はい」と答えた方のみ記載) 熱感・痒み・蕁麻疹・その他()		
喘息と言われたことがある(小児喘息を含む)	はい	いいえ
食物や薬のアレルギーがある(ヨード造影剤など)	はい	いいえ
何に対するアレルギーといわれていますか？(上の質問に「はい」と答えた方のみ記載)		
現在授乳中である (造影剤使用後48時間は、授乳を避けて下さい)	はい	いいえ
腎臓病がある、腎臓の動きが悪いといわれたことがある	はい	いいえ

依頼科: 放射線科

指示医署名

検査予定日

担当看護師署名

令和 年 月 日

記載日

令和 年 月 日

署名(本人)

署名(家族・その他)

ご本人様が記載できない場合は、ご本人様の名前と記載した方の名前を併記してください。

問診票の記載が不十分な場合は問診の上、担当者が赤のボールペンで追加させていただきます。

検査中に治療や処置が必要となった場合には治療及び処置をさせていただきます。