

| 無痛MRI乳がん検診 問診票 | | | | 担当技師名 | | 00 | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------|----|
| フリガナ 氏名 | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | | |
| | | 年 | 月 | 日 | (歳) | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 自宅電話 | | 携帯電話 | | | | | |
| 身長 | 約 | cm | 体内金属 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 体重 | 約 | kg | 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし | | |
| なぜこの検診をお受けになりましたか(理由) | | | | | | 01 | |
| 乳がん検診歴 (最新の検診日) | マンモグラフィ | <input type="checkbox"/> あり | () 年 | <input type="checkbox"/> 異常あり | 異常所見の内容(左右と位置も) | 02 | |
| | | <input type="checkbox"/> なし | () 月 | <input type="checkbox"/> 異常なし | | 03 | |
| | 超音波 | <input type="checkbox"/> あり | () 年 | <input type="checkbox"/> 異常あり | 異常所見の内容(左右と位置も) | 04 | |
| | | <input type="checkbox"/> なし | () 月 | <input type="checkbox"/> 異常なし | | 05 | |
| 乳房・子宮・卵巣疾患や、その他のがんにかかったことはありますか | <input type="checkbox"/> あり | ※ありの場合、右欄にご記入お願いします | | | | 06 | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | | | | 07 | |
| 授乳経験はありますか | <input type="checkbox"/> あり | ※ありの場合、合計の月数をお書きください | | 合計で 年 ヶ月 ぐらい | | 08 | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | | | | 09 | |
| 乳房に関する自覚症状はありますか | <input type="checkbox"/> あり | ※ありの場合、右欄にご記入お願いします | | (左右や、どこが気になるか等ご記入ください) | | 10 | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | | | | 11 | |
| 生理 | <input type="checkbox"/> 順調 | 生理がある場合、最終月経開始日は | | 生理開始日を1日目として今日は()日目 | | 12 | |
| | <input type="checkbox"/> 不順 | () 月 () 日頃 | | ※推奨期間は3~21日 | | 13 | |
| | <input type="checkbox"/> 閉経 | | | | | 14 | |
| 豊胸術の施行 | <input type="checkbox"/> あり | ※ありの場合、分かる範囲でお書きください | | 挿入物の種類： トラブル等： その他コメント： | | 15 | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | | | | 16 | |
| 家族の方の病気 | 乳がん | | 卵巣がん | | その他がん | | 17 |
| | <input type="checkbox"/> あり | かかった人(母、姉等) | <input type="checkbox"/> あり | かかった人(母、姉等) | <input type="checkbox"/> あり | かかった人(母、姉等) | 18 |
| | <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> なし | | <input type="checkbox"/> なし | 19 | |
| 乳がん・卵巣がんの遺伝子検査受診歴 | <input type="checkbox"/> あり | 「あり」とお答えの方は結果を教えてください。 | | | | 20 | |
| | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 陽性 | | <input type="checkbox"/> 陰性 | | 21 | |

結果郵送日：

ドゥイブスサーチ申込用紙

太枠内をご記入ください。

受診日： 年 月 日

| | | | |
|-------------------------|--|--------|------|
| フリガナ | | | |
| 氏名 | 様 | | |
| 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日生 | (満才) |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | | |
| この検査をどちらで 知りましたか？ | 院内掲示 ・ 回覧板 ・ 院外チラシ 当院ホームページ ・ YouTube その他【 】 | | |
| ドゥイブスサーチを受けられるのは何回目ですか？ | 1回目 ・ 2回目以上 | | |

↓↓事務記入欄↓↓

| |
|-----|
| ID： |
|-----|

| |
|------|
| 整理番号 |
|------|

| |
|----|
| 受付 |
| |



医療法人社団明芳会 IMSグループ
板橋中央総合病院 地域健康相談室

胸部 MRI

【説明・同意書】

OMRI (磁気共鳴画像)検査概要

- ・強力な磁力と電波を用いた検査であり、放射被ばくはありません。
 - ・狭い筒状の装置(幅と高さが50 cm程度)に入ります。検査中は大きな音や振動がします。
- ※検査中はヘッドフォンを付けていただきます。
- ・検査時間は20分程度です。

○危険性

- ・体内や体外の異物や金属は様々な影響を受けます。磁場に引っ張られて飛んでしまったり、計器が壊れたり、金属が熱をもつことがあります。受診者様自身に火傷などの障害を与える場合がございます。
- ・体内に異物がある場合、画像に影響を及ぼし、十分な検査を行うことができない場合がございます。
- ・刺青(いれずみ)、アートメイクがある場合、色素の成分の金属粉末原因で火傷や絵が崩れることがあります。

OMRI 検査が不可能な方

心臓ペースメーカー・植込み型除細動器・神経刺激装置

人工内耳・深部脳刺激装置

金属チップ埋め込み型の豊胸インプラント (Motivas 社)

(シリコンなど金属を使用していない豊胸は可)

上記の機器が体内に入っている方は、磁場の影響による誤作動の恐れがある為、検査を受けられません。

私は、MRI-A 検査の内容、それに伴う危険性について理解いたしましたので、実施に同意いたします。

年 月 日

受診者様氏名

医療法人社団明芳会 IMSグループ
板橋中央総合病院 人間ドック

