

御依頼医療機関	
フリカナ	
患者様名	様
生年月日	T・S・H 年 月 日

単純・造影 MRI 検査問診票

※ あてはまるものの□へチェックをご記入ください
 ※ その他不安な場合は放射線科へご連絡ください

【単純・造影共通】

- 過去に手術などで体内に金属が入っていますか？ ☐なし
☐あり: 心臓ペースメーカー、ICD(埋込型除細動器)、心臓人工弁(特に30年以上前)、人工内耳、MRI非対応の脳動脈クリップなどはMRI検査不可
☐あり: スtent、人工関節、固定用プレート、歯科用インプラント(アタッチメント式の有無確認)、脳動脈クリップなどがある場合
 →製品がMRI対応か事前に施行病院・医院へ確認してください
- 取り外しのできるものはありますか？ ☐なし
☐あり: 補聴器、入れ歯、カラーコンタクト、義眼、義肢、義足、マスカラ、整髪料、ヒートテックの下着、コルセット、眼鏡などは検査前に外します
- 眉、まぶた、その他身体に入れ墨をされていますか？ ☐なし
☐あり: 変色、火傷の恐れがありますので依頼医と相談してください
- 狭いところで気分が悪くなったことがありますか？ ☐なし
☐あり: 検査することが難しい場合もございますので、実施の際に申し出てください
- あおむけの体位はできますか？ ☐できる
☐できない: 検査ができない場合もございます。
- (女性のみ) 現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか？ ☐なし
☐あり: 検査部位にもよりますが、主治医と相談ください

【造影検査を受ける方】

1. これまでMRIの造影剤を使用したことがありますか？ ☐なし ☐あり
2. これまでMRIの造影剤で副作用が生じたことがありますか？ ☐なし
☐あり:検査施行に関し、主治医と相談ください
3. 喘息(ぜんそく)と診断されたことがありますか？ ☐なし
☐あり:造影剤使用を不可とさせていただきます
4. 腎臓の働きが悪い(腎不全など)と言われたことがありますか？ ☐なし
☐あり:造影剤使用を不可とさせていただきます
5. (女性のみ) 現在、授乳中ですか？ ☐なし
☐授乳中:造影剤投与後の授乳による胎児への影響の有害性を示す報告はありませんが、授乳制限を希望される方は最低 24～48 時間を目安に授乳を避けてください

問診の結果、検査が安全に行えると判断します。

令和 年 月 日 医師名 _____ 印



IMS グループ イムス札幌消化器中央総合病院
〒063-0842 札幌市西区八軒2条西1丁目1-1

お問い合わせ先 TEL:011-555-2770(直通)
地域医療連携室 FAX:011-640-3256(直通)