

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 ※

◎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
心臓ペースメーカー、脳動脈クリップ、人工内耳
ステント、心臓人工弁、人工関節、固定用プレート、義眼、義肢、義足
歯科用インプラント、矯正器具、避妊リング、金属片、その他()
- 取り外しのできるものはありますか？ なし
補聴器、入れ歯、カラーコンタクト、その他()
- 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)
- 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
(閉所恐怖症の疑い)
- あおむけの体位はできますか？ できる できない
- (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

◎造影検査を受ける方◎

- 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
- 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
- 喘息(ぜんそく)と診断されたことがありますか？ なし あり
- 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
- (女性のみ) 現在、授乳中ですか？ なし 授乳中

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