

MRI 検査前の問診票

検査予約日時

月 日 () 時 分～

患者身長 () cm

体重 () Kg ※検査ができませんので、必ずご記入下さい。

移動形態 (単独歩行 ・ 歩行可(要介助) ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)

* 問診項目 *

安全な検査のために各項目をすべて問診してください。

無 有

前回のMRI検査

手術歴

↳ 部位 ()

無 有 【患者状態/単純・造影撮影共通】

心臓ペースメーカー・ICD

補聴器

人工内耳

義歯(取り外せるもの)

体内金属、事故による金属片

↳ (脳動脈クリップ・心臓人工弁・ステント
プレート・人工骨頭/関節・刺青など)

閉所恐怖症

妊娠初期、妊娠の可能性[12週以内]

↳ 検査当日 () 週

体外骨固定具

↳ (MRI対応・MRI非対応)

発作を起こす可能性

↳ (てんかん・心臓・他)

無 有 【患者状態/造影撮影の場合】

MRI造影剤副作用の既往

5年以内の喘息治療・症状の既往

高度腎機能障害

妊娠中の方

授乳中の方

過去3ヶ月以内の血清クレアチニン値

月 日 mg/dL

(検査未実施の方は、当日注射前に実施します。)

原則禁止事項、禁忌 (上欄の太字の項目に該当の場合、中止または単純撮影へ変更となります)

- 心臓ペースメーカー及び体内埋め込み式電子装置が挿入されている場合
- 事故等による体内金属片(強磁性体)が脳、目、肺、脊椎にある場合
- 妊娠初期(12週)のMRI検査及び妊娠中の造影MRI検査
- 喘息のMRI・**高度腎機能障害(eGFR30ml以下/分または血清Cre 1.5mg/dL以上)の造影MRI検査は禁忌**

その他注意事項

[]

責任をもって問診をしました。

担当医師署名 _____