**MRI検査　問診票**

MRI検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。

年　　月　 　日

**ID　　　　　　　　　名前　　　　　　　　　　　　　　様**　**体重　　　 　Kg**

|  |  |
| --- | --- |
| 1．心臓ペースメーカーや人工内耳を使用していますか？ | はい・いいえ |
| 2．手術やカテーテル治療などで体内に金属が入っていますか？  入っている方→いつ手術をしましたか？（　　　　年　　　月頃）  金属の種類：□手術クリップ　　□人工骨頭　　□人工関節  　　　　　　　　□心臓人工弁　　□ステント　　□シャント  　　　　　　　　□塞栓用コイル　　□義眼　　□避妊用金属リング  　　　　　　　　□不明　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | はい・いいえ |
| 3．磁石で固定する入れ歯や、磁気インプラントの入れ歯をしていますか？ | はい・いいえ |
| 4．体に入れ墨をしていますか？（眉毛・アイラインを含む） | はい・いいえ |
| 5．狭いところで30分間安静にしていられますか？ | はい・いいえ |
| 7．女性の方　現在妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？ | はい・いいえ |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予約時 | 誘導 | 技師 |
|  |  |  |

＊備考

＜ＭＲＩ検査の危険性について＞

体内および体外の電子機器はＭＲＩ検査によって破損や誤作動を起こすことがあります。

体内に金属がある場合、画像のゆがみにより十分な検査が出来ない事があります。

入れ墨やアートメークは火傷や変色の可能性があります。

私はMRI検査を希望します。

署名（本 人） (自筆)

（未成年者又は患者自筆署名ができない場合は代理人署名が必要です）

代理人署名（　　　　 ） (自筆)

杉田整形外科