

*FAX送付後、当日医事課初診窓口に提出してください。

MRI検査 問診票

ふりがな

氏名 _____ 様

*** 依頼医師が確認の上
記入して下さい**

生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令)

年 月 日 歳 性別 【 男 ・ 女 】

身長 _____ cm 体重 _____ kg

【 確認事項1 】

体内に機械又は金属を埋め込む手術又は処置(歯科・美容を含む)をしたことがありますか

☐ はい ☐ いいえ

*はいの方は体の部位と時期を記入ください (どこを? いつ頃?)

妊娠中または妊娠の可能性ありますか

☐ はい ☐ いいえ

閉所恐怖症またはその可能性ありますか

☐ はい ☐ いいえ

MRI検査を受けたことがありますか

☐ はい ☐ いいえ

*はいの方は一番最近の時期を記入ください (いつ頃?)

《 * 以下の項目に該当する場合はチェックして下さい 》

下記の対象の方は当院で検査を受けることが出来ませんので正確にお答えください

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ☐ 心臓ペースメーカー | ☐ 植込み型除細動器(ICD) | ☐ 人工内耳 |
| ☐ 圧可変式シャントバルブ | ☐ 磁石で装着する義眼 | ☐ 神経刺激装置 |
| ☐ 金糸の使用(美容) | ☐ インスリン注入ポンプ | ☐ 持続グルコース測定器(リブレ) |

【 確認事項2 】

下記の対象の方は検査を受けられない可能性がありますので正確にお答えください

- | | |
|---|---|
| ☐ 心臓や血管内の金属類・人工物 (人工弁・ステント・コイル・フィルター・リード線・人工血管・その他()) | |
| ☐ 各種クリップ (脳外科・内視鏡etc)/ いつ頃?() | ☐ 各種ステント (血管内・その他)/ いつ頃?() |
| ☐ 整形外科手術材料 (人工関節・プレート・ボルト・その他) | ☐ 婦人科手術材料 (避妊リング・子宮脱リング・その他) |
| ☐ 歯科治療材料 (磁石式インプラント・本格矯正装置など) | ☐ 刺青(タトゥー)・アートメイク・ボディアートなどを施している |
| ☐ 磁石式の人工物 (人工肛門・DIBキャップ・ネイル・その他) | ☐ その他、手術やケガによる体内金属 () |

紹介元医師
サイン

医師
確認欄

裾野赤十字病院 (署名)
内・整形外科