済生会山口総合病院

**MRI検査問診票**

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日

　生年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査日

MRI検査は強力な磁石の力を用いて行う検査です。

体の中に人工的な物や金属を入れておられる方が検査を受けると、磁石の力で　　　　　　　　　　　　　①体内装置が正常に作動しなくなる。②金属が引っ張られて移動する。③やけどをする。

などのおそれがあります。

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答え頂き【署名】してください。

1．心臓ペースメーカーを入れている。　　　　　　　　（　□　はい　・　□　いいえ　）

2．人工内耳を入れている。　　　　　　　　　　　　　（　□　はい　・　□　いいえ　）

3．義眼を入れている。　　　　　　　　　　　　　　　（　□　はい　・　□　いいえ　）

4．体の中に金属を入れている。　　　　　　　　　　　（　□　はい　・　□　いいえ　）

□　a．人工心臓弁

□　b．人工関節（部位：　　　　　　　　　）

□　c．脳動脈クリップ

□　d．髄液（VP）シャント

□　e．脊髄刺激装置

□　f．骨を金属で止めている（部位：　　　　　　　　）

□　g．手術や止血処置のため金属クリップを使用している

□　h．血管や消化管の内腔を支持するステントという金属を入れている

□　i．避妊用具（リングなど）

□　J．刺青（永久的なアートメイクなど）

□　k．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5．ニコチンパッチ、ニトログリセリンパッチなどの経皮吸収パッチを使用している。

　（ニトロダームTTS、ニコチネルTTS） （　□　はい　・　□　いいえ　）

6．閉所恐怖症など狭いところが苦手である。 （　□　はい　・　□　いいえ　）

7．妊娠中もしくは妊娠している可能性がある。 （　□　はい　・　□　いいえ　）

8．コンタクトレンズを使用している。 （　□　はい　・　□　いいえ　）

9．その他、気になること医師に伝えておきたいことがあれば、お書きください。

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

署名（本人または代理人）

内容確認日

紹介元医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医師