

MRI 検査問診票

検査日:

記入日: 年 月 日

患者 ID:	
患者氏名:	様
生年月日:	

〒635-8501 大和高田市磯野北町1-1
大和高田市立病院 放射線科
TEL 0745-53-2901(内線5290)

MRI検査の前に、あなたのお身体の状態をお教え下さい。検査を安全かつ円滑に進める為参考にして頂きたいと思っておりますので、出来るだけ正確に記入をお願い致します。

★ 職業歴: _____ (無職の場合は最終職業)

身長	cm
体重	kg

<下記の項目で該当するものに○印を付けて下さい。>

- ①、体内にペースメーカーを埋め込んでいますか?▶ [はい・いいえ]
- ②、体内に金属を埋め込んでいますか?▶ [はい・いいえ]
(ステント・コイル・避妊リング・脳動脈クリップ・人工内耳・人工関節など)
- ③、今までに、手術をしたことがありますか?▶ [はい・いいえ]
[はい]の方は(いつ)
手術部位:() ; 手術内容:()
- ④、今までに、タバコを吸ったことがありますか?▶ [はい・いいえ]
[はい]の方に喫煙歴をおたずねします。 (本/1日 年間)
- ⑤、補聴器、入れ歯、義眼、コンタクトなどを装着していますか?▶ [はい・いいえ]
- ⑥、歯の治療をしたことがありますか?▶ [はい・いいえ]
- ⑦、体内に異物(金属片や散弾)が入っている可能性がありますか?▶ [はい・いいえ]
- ⑧、刺青(いれずみ)をしていますか?▶ [はい・いいえ]
- ⑨、貼り薬(ニトロゲムなど)を貼っていますか?▶ [はい・いいえ]
- ⑩、閉所恐怖症はありますか?▶ [はい・いいえ]
- ⑪、てんかん発作を起こしたことがありますか?▶ [はい・いいえ]

★ 上記において[はい]のある方は放射線科に申し出て相談なされて下さい!

<女性の方にお伺いします!> ※わかる範囲で結構です。

- ①、現在、妊娠している、または、妊娠の可能性がありますか?▶ [はい・いいえ]
- ②、最終生理開始日をご記入下さい▶ [月 日]
- ③、閉経された方は、いつ頃かをご記入下さい▶ [歳頃]

=====(ここからは、造影剤検査の方のみご記入願います。)=====

- ①、現在、授乳中ですか?▶ [はい・いいえ]
- ②、じん麻疹やアレルギーを起こしやすい体質ですか?▶ [はい・いいえ]
- ③、今までに、造影剤でアレルギーを起こしたことがありますか?▶ [はい・いいえ]
- ④、ぜんそくと言われたことがありますか?▶ [はい・いいえ]
- ⑤、腎臓が悪いと言われたことがありますか?▶ [はい・いいえ]
- ⑥、人工透析をされていますか?▶ [はい・いいえ]

検査時確認者: _____

[お願い]

- ①、検査部位や内容、患者さんの状態により検査できない場合があります。
- ②、予約日時に来院できない場合は、早めにご連絡下さい。
- ③、授乳中の方で、造影検査を受けられる方は、検査後24時間は授乳を控えてください。

★ ご不明な点がございましたら、ご遠慮なくおたずね下さい。