

◆ MRI 検査問診表【地域連携用】

安全な MRI 検査を行なっていただくため、以下の項目についてお尋ねいたします。

依頼医師による、チェック及び記入をお願いいたします。

予約の際、検査予約依頼書とともに FAX して頂くようお願いいたします。

不明な点がありましたら、放射線科へご連絡下さい。

白浜はまゆう病院 放射線科【直通】



0739(43)7889

患者様氏名 _____ 様 男・女 _____ 歳 問診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

▶ チェック ☒ 及び記入をお願いします。

1. 心臓ペースメーカー ☐ 有(検査できません) ・ ☐ 無
 2. 人工内耳 ☐ 有(検査できません) ・ ☐ 無
 3. 閉所恐怖症 ☐ 有 ・ ☐ 無
 4. 女性のみ
妊娠又は妊娠の可能性 ☐ 有(妊娠初期の安全性は確立していません) ・ ☐ 無
 5. 体内金属や体内電子機器 ☐ 有(検査可能か確認が必要です) ・ ☐ 無
- ⇒ 5.で有の場合、下記にチェック ☒ をお願いします

【有の場合、検査できないことがあります。また、検査可能でも、画像に影響する場合があります。】

▶ 該当する項目にチェック ☒ をお願いします。

- ☐ 脳動脈瘤クリップ *材質の確認が必要です。確認がとれない場合、検査できません
 - ☐ 金属製人工心臓弁
 - ☐ 磁石による着脱式の義歯 *検査可能ですが、頭部検査の場合画像に影響します
 - ☐ 義眼 *ガラス製義眼は検査可能です
 - ☐ 血管内のステント・コイル・フィルター *術後 6 週間は原則検査できません
 - ☐ 整形外科手術用メタル(プレート・ピン・ロッド・スクリュー)・人工骨頭・人工関節など *検査可能です
 - ☐ その他の体内金属・カテーテル(VPシャント等) *磁力を用いた弁の脳室シャントがある場合は検査できません
- 【 _____ 】
- ☐ けがや事故などによる体内金属(金属片・弾丸片) *特に眼球内又はその背側に存在する場合は危険です
 - ☐ 入れ墨(アイラインを含む) *極めて稀ですが、火傷や退色の可能性があります
 - ☐ 経皮吸収パッチ(ニトログリセリン・ニコチンなど) *火傷の可能性があります
 - ☐ ジェルネイル、マグネットネイル ※火傷・変色・焦げたような臭いの可能性があります

貴院名

依頼医師名

ご協力ありがとうございました。検査依頼書とともに FAX して頂くようお願いいたします。

白浜はまゆう病院 放射線科

検査予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 / _____ 時 _____ 分 *当院記入

