

MR I 検査 問診表

氏名_____

生年月日_____年_____月_____日 性別 男 ・ 女 体重_____ k g

*MR I 検査を安全にお受け頂くために、以下の質問にお答え下さい。

また、ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ね下さい。

1. 体内に以下のような医療による金属類・機械・人工的なものがありますか

心臓ペースメーカー・埋込型除細動器 (はい・いいえ)

心臓や血管内の金属類、人工物

(リード線・コイル・ステント・人工血管・フィルター) (はい・いいえ)

人工心臓弁 (はい 手術_____年頃・いいえ)

人工内耳・神経刺激装置などの体内電子装置 (はい・いいえ)

脊柱管内リード線・脊髄刺激装置 (はい・いいえ)

脳動脈瘤クリップ (はい 手術_____年頃・いいえ)

圧可変式バルブシャント (脳室シャント：水頭症) (はい・いいえ)

消化管出血の止血クリップ・マーキングクリップ (はい・いいえ)

人工骨頭・人工関節・プレート等 (整形外科手術)

(はい 手術_____年頃 部位_____・いいえ)

胆管・食道・気管などの金属ステント (内側から拵げている物)

(はい 手術_____年頃 部位_____・いいえ)

2. 体内に外傷による金属片 (銃弾破片や鉄片など) がありますか

(はい 部位_____・いいえ)

3. 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい。

補聴器 義眼 義足 義手 磁気を利用した義歯 (磁気インプラント)

金属のついた義歯 歯列矯正器具 コルセット 鍼治療の針 その他 ()

4. 刺青 (イレズミ)・タトゥーがありますか。 (はい・いいえ)

5. カラーコンタクトレンズを使用していますか。 (はい・いいえ)

6. 貼り薬を貼っていますか。(湿布類) (はい・いいえ)

7. 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか。(女性) (はい・いいえ)

8. 閉所恐怖症ですか。 (はい・いいえ)

9. 今までにMR I 検査を受けたことはありますか (はい・いいえ)

*造影剤を使用する方のみ、お答え下さい。

10. 造影剤を使用して気分が悪くなったことはありますか。 (はい・いいえ)

11. 喘息やアレルギーはありますか。 (はい・いいえ)

12. 腎機能が悪い (腎不全) と言われたことがありますか。 (はい・いいえ)

令和 年 月 日 患者署名_____

上記の問診を確認しました 看護師名_____

日田中央病院