

お名前

記入日： 年 月 日

MRI 検査を安全に実施し、検査結果を正しく判断するために次の質問にお答えください。

1	以前に MRI 検査を受けられたことがありますか？	はい	いいえ
2	あお向けに寝て、30分くらい静止できますか？	はい	いいえ
3	狭いところや暗いところでの安静が保てますか？	はい	いいえ
4	次の中で使用しているものがありますか？あれば○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 磁力固定の入れ歯 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 差し歯 <input type="checkbox"/> 歯列矯正 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> なし		
5	手術を受けられたことがありますか？ ・はいと答えた方はお答えください それはいつですか？（ ） どの部位ですか？（ ）	はい	いいえ
6	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳を使用していますか？	はい	いいえ
7	体内に金属は入っていますか？あれば○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 心臓ステント <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 金属プレート <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> V-P シヤント <input type="checkbox"/> 大腸ポリープのクリップ その他（ ）	はい	いいえ
8	お仕事などで頭や体の表面に金属粉などが付着している可能性がありますか？	はい	いいえ
9	補聴器をしていますか？	はい	いいえ
10	置き針（針治療で皮膚に埋め込んでいる針）、 耳つぼダイエットの針はありますか？	はい	いいえ
11	身体に貼り薬（エレキバン、湿布、心臓の薬、ホッカイロなど）を貼っていますか？	はい	いいえ
12	<input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 義手 <input type="checkbox"/> 義足はありますか？	はい	いいえ
13	カラーコンタクトを使用していますか？	はい	いいえ
14	つけまつ毛を付けていますか？	はい	いいえ
15	<input type="checkbox"/> かつら <input type="checkbox"/> ウィッグ <input type="checkbox"/> エクステを付けていますか？	はい	いいえ
16	体などに <input type="checkbox"/> 刺青(タトゥー) <input type="checkbox"/> アートメイクをしていますか？ (部位：)	はい	いいえ
17	女性の方のみお答えください。 現在、妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ

ご協力ありがとうございました。

----- 医師使用欄 -----
上記問診を確認した上で MRI 検査 可 不可確認
医師