



MRI 検査問診票

予約日の1～2日前までに本書のFAX(0263-86-2816)をいただくと助かります。

氏名： _____ 様

(MRI 検査予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

・以下のものが体内に埋め込まれている場合は検査ができません。有無に○を付けてください。



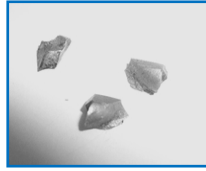
ペースメーカー・除細動器

(有・無)



人工内耳

(有・無)



体内金属片(特に眼内)

(有・無)



磁石式の義眼

(有・無)



金属製の歯科矯正

(有・無)

・以下のものは事前にMRI検査に対する安全性の確認が必要です。各項目についてご記入ください。

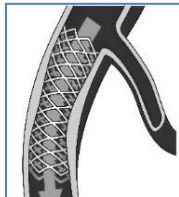


脳動脈瘤クリップ

(有・無)

(手術年： _____ 年)

(MRI 対応確認：済)



血管内ストent

(有・無)

(手術年： _____ 年)

(MRI 対応確認：済)



シャントチューブ

(有・無)

(手術年： _____ 年)

(MRI 対応確認：済)



人工心臓弁

(有・無)

(手術年： _____ 年)

(MRI 対応確認：済)



骨内金属

(有・無)

(手術年： _____ 年)

(MRI 対応確認：済)



子宮内避妊器具

(有・無)

(手術年： _____ 年)

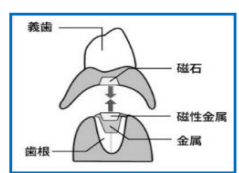
(MRI 対応確認：済)



入れ墨・タトゥー

(有・無)

(変色・熱傷の可能性
に関する承諾：済)



磁石式入れ歯

(有・無)

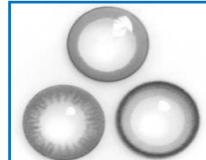
(手術年： _____ 年)

(MRI 対応確認：済)

・以下のものは検査当日の着用を控えてください。



ラメを含む化粧品(マスカラ・アイシャドウ・マニキュア等)

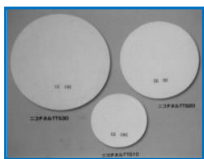


カラーコンタクト



刺繍入り衣料品・機能性肌着

・以下の貼り薬は検査前に外しますので、必要に応じて交換用をご用意ください。



ニトログlycerin



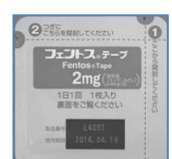
ニコチネル



ニュープロパッチ



ノルスパンテープ



フェントステープ

・以下に該当する方は検査ができない場合があります。ご了承ください。

- 現在、妊娠中または妊娠の可能性がある方
- 閉所恐怖症の方

※ご不明な点は医師・診療放射線技師・看護師にお尋ねください。