

## MRI 事前問診表

フリガナ |

生年月日 |

患者氏名 |

年齢 / 性別 |

各項目 どちらかに  チェック 入力してください体重  kg確認者  
署名

## 体内

あり なし

	あり	なし
心臓ペースメーカー・ICD等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工内耳・人工中耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臓人工弁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
金属製の義眼底	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳動脈瘤クリッピング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ステント, コイル等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ステントグラフト, IVCフィルタ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整形外科系インプラント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
水頭症シャントバルブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体内埋込式ポンプ, 神経刺激装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内視鏡クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
管腔内デバイス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 職業

あり なし

	あり	なし
金属加工に従事していた経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

体外<sup>※</sup>

あり なし

	あり	なし
金属含有貼り付け剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血糖値測定器 リブレ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
バルーン, ドレーンバッグ等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎瘻カテ, 腹膜透析チューブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
針(金属・鍼灸など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頭髮用パウダー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ジェルネイル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ラメ入りメイク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カラーコンタクト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入れ墨・タトゥー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 検査時に外せるものは外して来てください

## 恐怖症

あり なし

	あり	なし
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
騒音恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 女性のみ

あり なし

	あり	なし
妊娠中 <small>または</small> 妊娠している可能性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

該当する項目がある場合、撮影可能か事前にお問い合わせください。