

M R I 検査に関する問診票

- 1) 閉所恐怖症はありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 2) 入れ歯がありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 3) 補聴器がありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 4) 義肢・義眼がありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 5) 尿道カテーテルの DIB キャップがありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 6) インスリンポンプ・持続グルコース測定器を使用していますか ☐ いいえ ☐ はい
- インスリンポンプ・持続グルコース測定器を装着したままの MRI 検査は施行できません
- 7) カラーコンタクトをつけていますか ☐ いいえ ☐ はい
- 8) 貼付剤を使用していますか ☐ いいえ ☐ はい
- 9) 湿布・磁気治療器(エレキバン等)・カイロ・鍼を使用していますか ☐ いいえ ☐ はい
- 10) 刺青・アートメイクをしていますか ☐ いいえ ☐ はい
- 11) ネイルアートをしていますか ☐ いいえ ☐ はい

当院ではマグネットネイル・フラッシュネイルを施術されている方の MRI 検査は施行できません

- 12) 下記の医療機器が体内にある方は、当院での MRI 検査は施行できません

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置 |
| <input type="checkbox"/> 植え込み式除細動器 | <input type="checkbox"/> 迷走神経刺激装置 |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 1990 年より以前の脳動脈瘤クリップ |
| <input type="checkbox"/> 可変式バルブシャントシステム | <input type="checkbox"/> 深部脳刺激装置 (DBS) |

・女性の方にお尋ねします。

- 13) 妊娠している、または妊娠している可能性がありますか ☐ いいえ ☐ はい

※はいの場合はご連絡ください

(備考)

問診記入日 年 月 日

本人(もしくは家族)確認サイン 氏名 _____

紹介元医療機関 問診者サイン 氏名 _____