

# < MR検査 問診票 >

検査日

MR検査を安全にお受けいただく為に、以下の質問に正確にお答えください。  
すべての項目の「ある」「なし」に○を付けてください。

1. 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)	ある	なし
2. 人工内耳	ある	なし
3. 脳室圧可変式バルブシャント	ある	なし
4. 妊婦、妊娠の可能性がある	ある	なし
5. 美容整形で埋め込まれた金糸	ある	なし
6. 埋込型心電図	ある	なし
7. 皮膚拡張器(ティッシュ・エキパンダー)	ある	なし

※ 上記に当てはまる方は、当院では検査を受けることが出来ません。

8. 手術を受けたことがありますか	ある	なし	手術名 ( )
9. 脳動脈瘤クリップ	ある	なし	
10. 人工心臓弁	ある	なし	時期 ( )
11. シャントチューブ	ある	なし	
12. 心臓や血管内の金属物(ステント、コイル、人工血管、フィルターなど)	ある	なし	
13. 胆管、食道、気管などの金属ステント	ある	なし	
14. 人工関節・骨折治療用金属など	ある	なし	
15. 内視鏡止血用クリップ	ある	なし	
16. その他の金属(針灸による置針など)	ある	なし	

※ 体内に「医療器具」や「金属」がある場合は、担当医に必ずお伝えください。

材質により検査を受けることが出来ない場合があります。

17. 刺青(アートメイク、タトゥーなど)	ある	なし
18. マグネットネイル、ジェルネイル	ある	なし

※ 変色・剥離・熱感が起こる可能性があります。担当医に必ずお伝えください。

内容について説明を受け、理解し、検査を受けることに同意します。 氏名(自署): \_\_\_\_\_

19. 閉所恐怖症	ある	なし
20. ケガなどによる金属片(目の中の金属など)	ある	なし

※ 検査を受けることが出来ない場合があります。

21. 入れ歯(磁石式 部分 総入れ歯)	ある	なし
22. 補聴器	ある	なし
23. 義眼、カラーコンタクトレンズ	ある	なし
24. 貼り薬(ニコチンパッチ、ニトロパッチ、エレキバンなど)	ある	なし
25. 増毛パウダー(ミリオンヘアー、アートミクロンなど)	ある	なし

※ 破損、やけどの恐れがあるため、検査時に取り外します。

前回MR検査 年 月 当院・他院 体重 Kg

病院職員記入欄

問診確認者

氏名