# **ＭＲＩ検査問診票**

**（2025年4月改訂）**

1/2ページ

検査日　　西暦　　　　　年　　　　　月　　　　日

お手数ですが、検査を安全に行うために以下の質問にご記入または◯印をつけてください。

患者さんご自身が記入できない場合には、ご家族もしくは代理の方が責任を持ってご記入ください。

身長　　　　　　　cm 体重　　　　　　　kg

**太枠内の項目は事前にご記入ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １：MRI検査を受けたことはありますか？ 　 　 ある／ない | | |
| ２：手術を受けたことがありますか？  あると答えた方：すべての手術歴を具体的にご記入ください（例　○○がん　２０００年） | | ある／ない |
| ３：体内に次のような精密電子機器や金属類，人工的なものがありますか？ | | ある／ない |
| ①心臓ペースメーカ，植え込み型除細動器（ICD），神経・脊髄刺激装置 | | ある／ない |
| ②人工内耳，可動義眼 | | ある／ない |
| ③脳動脈瘤クリップ | | ある／ない |
| ④脳外科的手術での圧可変式シャントバルブ（脳室，腹腔） | | ある／ない |
| ⑤心臓の人工弁（生体弁/金属弁） | | ある／ない |
| ⑥心臓や血管内の金属類や人工物（コイル，ステント，人工血管，フィルターなど） | | ある／ない |
| ⑦整形外科的手術による人工関節や骨折治療用のくぎやプレート | | ある／ない |
| ⑧胆管，食道，気管の金属ステント，消化管出血の止血クリップ，コイル | | ある／ない |
| ⑨体内や眼球内に仕事，事故，怪我，戦争による金属片（破片など）がありますか？ | | ある／ない |
| ４：刺青（いれずみ），アートメイク（眉墨など）がありますか？ | | ある／ない |
| あると答えた方：どこにありますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ５：カラーコンタクトレンズを装着していますか？（検査時は外していただきます。） | | はい／いいえ |
| ６：増毛パウダーの使用やかつらなどを装着していますか？ | | はい／いいえ |
| ７：湿布以外の貼り薬（ニトロダーム，フェントステープなど）を使用していますか？ | | はい／いいえ |
| ８：尿道カテーテル，DIBキャップ，ストマなどを装着していますか？ | | はい／いいえ |
| ９：閉所恐怖症、もしくは閉所・暗所で気分が悪くなったことがありますか？ | | はい／いいえ |
| １０：女性の方はお答えください | | |
| 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？ | はい　（　　　週）／いいえ ／わからない | |
| 現在、授乳中ですか？ | | はい／いいえ |

**問診票に記入漏れ、間違いがなければ署名をお願い致します。**

検査を受ける方のお名前

代理の方のお名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（スタッフの場合は所属）

☆　2ページ目の質問にもお答えください　☆

# **ＭＲＩ検査問診票**

**（2024年12月改訂）**

2/2ページ

|  |
| --- |
| １１：現在、以下のものを身につけていますか？　当てはまるもの全てに◯印をつけてください。  　　　また、必要な場合はご記入をお願いします。 |
| ・補聴器 ・義眼 ・義肢  ・インプラント ・磁石を利用した義歯 ・美容整形術後の糸やシリコン等  ・入れ歯 ・歯科矯正器具 ・コルセット  ・貼り薬（湿布，エレキバン　等） ・治療用の鍼（はり）  ・アクセサリー（ヘアピン，ピアス，ネックレス，指輪　等） ・安全ピン  ・鍵 ・ライター ・時計 ・携帯電話 ・財布，小銭  ・磁気カード（クレジットカードや駐車券　等） ・使い捨てカイロ  ・保温性の高い下着（遠赤外線肌着やヒートテック類似品）  ・その他の金属類や人工的なもの（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・なし　（上記で当てはまるものがない） |

問診票の結果によっては確認に時間を頂いたり、身体の安全を考え検査を中止する場合があります。

また、急患対応など状況により検査開始時間が遅れる場合がありますのでご了承ください。

ご協力ありがとうございました。

造影ＭＲＩ検査を受ける方は、以下の質問にもお答えください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1：最後に食事を摂取したのは何時ですか？ | | 時　　　分 |
| 2：喘息（ぜんそく）がある、またはこれまでに喘息と言われたことがありますか？ | | はい／ いいえ |
| 3：現在、喘息の治療は受けていますか？ | | はい／ いいえ |
| 4：アレルギー体質（薬，食物など）やアレルギー性の病気がありますか？ | | ある／ない |
| あると答えた方：具体的にご記入ください。  薬，食物など：  病名： | | |
| 5：注射や採血前のアルコール綿の消毒で皮膚に赤みやかゆみがでますか？ | | はい／ いいえ |
| 6：今までに造影剤を使用したMRI検査を受けたことがありますか？ | はい ／ いいえ ／わからない | |
| はいと答えた方　　造影剤による副作用がありましたか？ | はい ／ いいえ ／わからない | |
| はいと答えた方　　副作用の症状で当てはまるものに◯印、または記入をしてください。  副作用の症状：　じんましん，発赤，くしゃみ，吐気，嘔吐，のどの違和感  　　　　　　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |