

MRI 検査前の問診票

検査予約日時

月 日() 時 分～

問診項目 安全な検査のために各項目をすべて問診してください。

患者身長()cm

体重()Kg

無 有

MRI検査施行歴

手術歴

↳ 部位()

禁忌(有りの場合はMRI検査はできません)

無 有 【項目】

- 心臓ペースメーカー・ICD
- 脳深部刺激装置・脊髄刺激装置
- 人工内耳
- 脳動脈クリップ(1983年以前)
- 人工心臓弁(1970年以前)
- 眼窩内金属片(失明の恐れあり)
- 心臓ステント(留置後8週間以内)
- 妊娠初期、妊娠の可能性[12週以内]

MRI可能だが注意を要するもの

無 有 【項目】

- 補聴器
- 義歯/歯科インプラント(磁石脱着のもの)
- 持続血糖測定器・インスリンポンプ等
- 水頭症治療用シャント
- ↳ 事前にご相談ください。
- その他の体内金属
()
- 妊娠()週 ←検査時点の週数を記載
- 閉所恐怖症

【造影検査の場合】

禁忌(有りの場合はMRI検査はできません)

無 有 【項目】

- MRI造影剤副作用の既往
- 5年以内の喘息治療・症状の既往
- 高度腎機能障害(eGFR値が30未満)
- 妊娠中の方

腎機能

過去3ヶ月以内の血清クレアチニン値 mg/dL
eGFR値
検査日 月 日

その他注意事項

{ }

責任をもって問診をしました。

令和 年 月 日

担当医師署名