

MRI 検査前の問診票

検査予約日時

月 日() 時 分～

患者身長()cm

体重()Kg ※検査ができませんので、必ずご記入下さい。

移動形態 (単独歩行 ・ 歩行可(要介助) ・ 車椅子 ・ ストレッチャー)

*** 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。

無 有

前回のMRI検査

手術歴

↳ 部位()

無 有 【患者状態/単純・造影撮影共通】

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・ICD |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 補聴器 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 人工内耳 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 義歯(取り外せるもの) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体内金属、事故による金属片 |
| ↳ 心臓人工弁・人工骨頭/関節・刺青など
ステント(留置後8週間以内は不可)
脳動脈クリップ: _____年製 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 妊娠初期、妊娠の可能性[12週以内] |
| ↳ 検査当日(_____)週 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 体外骨固定具 |
| ↳ (MRI対応・MRI非対応) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 発作を起こす可能性 |
| ↳ (てんかん・心臓・他 _____) |

無 有 【患者状態/造影撮影の場合】

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MRI造影剤副作用の既往 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5年以内の喘息治療・症状の既往 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 高度腎機能障害 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 妊娠中の方 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 授乳中の方 |

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

原則禁止事項、禁忌 (上欄の太字の項目に該当の場合、中止または単純撮影へ変更となります)

- ・ 心臓ペースメーカー及び体内埋め込み式電子装置が挿入されている場合
- ・ 事故等による体内金属片(強磁性体)が脳、目、肺、脊椎にある場合
- ・ 妊娠初期(12週)のMRI検査及び妊娠中の造影MRI検査
- ・ 喘息のMRI・高度腎機能障害(eGFR30ml以下/分または血清Cre 1.5mg/dL以上)の造影MRI検査は禁忌

その他注意事項

{ }

責任をもって問診をしました。

担当医師署名 _____