

MRI 検査前の問診票

*安全な検査のために各項目をすべて問診してください。

検査日: 月 日 時 分～

患者氏名:

身長: ()cm

体重: ()Kg

無	有
☐	☐
	手術歴
	部位()

禁忌(有りの場合はMRI検査はできません)

無	有
☐	☐
	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
☐	☐
	心臓ペースメーカー・ICD
	事前にご相談ください。
☐	☐
	水頭症治療用シャント
	事前にご相談ください。
☐	☐
	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
☐	☐
	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
☐	☐
	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(eGFR値が30未満の場合は造影検査はできません)

過去3ヶ月以内

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

()

今回のMRI検査にあたり、責任をもって問診をしました。

令和 年 月 日

担当医師署名 _____