

# MRI 問診票

・MRI は磁気と電磁波を利用して画像を得る検査のため、体内・体表面に電子装置や金属類が存在する場合、それらの移動や発熱により人体に重大な影響がでることがあります。また診断画像に影響が出る場合もあり注意が必要です。

MRI 検査を安全に行うために以下の項目に該当する場合は□に✓を付けてください。

- ◆今までに MRI 検査を受けたことがありますか？ □はい □いいえ
- ◆妊娠の可能性はありますか？ □はい □いいえ
- ◆閉所恐怖症ですか？ □はい □いいえ

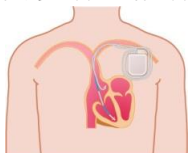
※造影検査の場合※

- ・過去に医師より腎機能の低下を指摘されたことはありますか？ □はい □いいえ
- ・気管支ぜんそくを指摘されたことはありますか？ □はい □いいえ
- ・授乳中ではありませんか？ □はい □いいえ
- ・ガドリニウム製剤に対し過敏症の既往歴はありますか？ □はい □いいえ

◆下記に該当する場合は当院では検査ができません。 □該当なし

- 心臓ペースメーカー
- 人工内耳
- 神経刺激装置
- 骨成長刺激装置

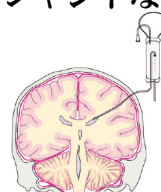
体内自動除細動器



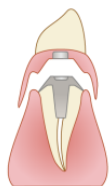
- 心臓人工弁、心臓などのステント、脳動脈瘤クリップ  
(医師の許可があれば可能)



- 圧可変式バルブシャント  
(脳室シャントなど)



- 磁力により装着する義眼・義歯



- 外傷等により体内外に金属異物  
(鉄片、銃弾破片や板金や旋盤作業経験など)



- 金属留置ストーマ



- 金属製避妊リング



- 美容整形金糸



- 乳房再建拡張器



私は、MRI 検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者本人 または、保護者等代理人 氏名 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg ゆりクリニック名古屋東