

予約日 月 日 受付時間 : 検査開始時間 :  
※受付時間までに来院されない場合は検査できない可能性があります。

## MRI 検査 問診票

記入日： 年 月 日 お名前： さま

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答えください。

お願い

- 入れ歯は取り外してきてください
- 金属のワイヤーが入っていないマスクをご準備ください

1. 電子機器類の埋め込みがありますか …… いいえ ・ はい ・ 不明

◆はいと答えた方は下記の該当するものを○で囲んでください◆

心臓ペースメーカー ・ 植え込み型除細動器 ・ 人工内耳 ・ 神経刺激装置 ・  
骨成長刺激装置 ・ インシュリン注入装置 ・ その他電子機器（ ）

2. 体内に金属の埋め込みや使用がありますか …… いいえ ・ はい ・ 不明

◆はいと答えた方は下記の該当するものを○で囲んでください◆

脳動脈クリップ ・ スtent ・ 心臓機械弁 ・ 血管グラフト ・ 静脈フィルター ・  
加変式バルブシャント ・ 義眼 ・ 人工関節 ・ その他体内金属（ ）

◆また、いつ頃入れましたか？……（ 年前）

3. 現在、以下に該当するものがある場合は○で囲んでください

刺青 ・ アートメイク ・ カラーコンタクトレンズ ・ 補聴器 ・ 張り薬  
歯列矯正器具 ・ 義歯（取り外し可・不可・磁性体アタッチメント） ・ ヒートテック

4. MRI 検査を受けたことがありますか？ …… いいえ ・ はい ・ 不明

5. 狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか？ …… いいえ ・ はい ・ 不明

6. 女性の方は現在妊娠中またその可能性がありますか？ …… いいえ ・ はい ・ 不明

7. 現在の体重を教えてください …… （ Kg）