

MRI検査問診票

患者 ID

記入日

患者氏名

検査禁忌項目

1. 心臓ペースメーカーの埋め込み 有 無
※MRI対応であっても、当院では検査を受ける事はできません。
2. 金属製の心臓人工弁を使用(1970年以前のもの) 有 無
3. 人工内耳の使用 有 無
4. 神経刺激装置の使用 有 無

上記1～4の項目に一つでも『有』のある方は、検査を受ける事はできません。

条件付き検査可能項目

5. 脳動脈瘤手術によるクリップやコイルの使用 有 無
6. 人工関節・ステント・義眼など上記に該当しない体内金属 有 無

人工関節 ステント 義眼 歯のインプラント 脳室シャントチューブ 金属製避妊リング
美容整形金糸 事故などによる体内金属片 その他()

上記5. 6の項目に『有』のある方は、材質の確認をお願い致します。

材質確認の結果、MRI対応である 有 無

※MRI対応でない場合は、検査を受ける事はできません。

要注意点検項目

7. 刺青、アートメイク 有 無
《火傷や絵が崩れる可能性があります。》
8. 妊娠中である・妊娠の可能性がある 有 無
《胎児へのMRI検査についての安全性は確立されておられません。》
9. 閉所恐怖症である・狭い所が苦手である 有 無
10. 感染性疾患 有 無
11. 発作性の不整脈、てんかん 有 無

※上記安全点検項目全て確認し、検査可能とします。

医師名

備考欄