|  |
| --- |
| MRI検査問診票問診日：ここをクリックして日付を入力してください。 |

MRI検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答えください。

1. **体内に心臓ペースメーカー等の医療用の金属・機器・人工物がありますか？**[ ] **いいえ**[ ] **はい
はいの場合、何が入っていますか　□に印をつけて下さい。**

[ ]  心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器

[ ]  人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置

[ ]  脊柱管内リード線、脊髄刺激装

[ ]  脳動脈クリップ

[ ]  心臓や血管内の金属類、人工物

[ ]  避妊用リング（銅使用のもの）

[ ]  外傷等による金属片

[ ]  上記以外の金属・機器・人工物があれば部位・素材・何年挿入か、病院名等をご記入ください

1. **以下の金属類や人工的なものを身に着けていますか？**[ ] **いいえ**[ ] **はい
はいの場合、何が入っていますか　□に印をつけて下さい。**下記のものは吸着事故、発熱、やけどを起こす可能性があります。持ち込まないでください。
はずせるものははずしてください。

[ ]  磁力装着義眼

[ ]  かつら・ウイッグ・増毛パウダー

[ ]  ヘアピン等金属の髪留め

[ ]  眼鏡・補聴器

[ ]  義肢等の装具

[ ]  時計・指輪・ネックレス・ペンダント・ピアス・イヤリング等の貴金属

[ ]  ニトロダームテープ（貼り面が銀色）・湿布・カイロ・エレキバン等の貼り薬

[ ]  金属のワイヤー･フォックがついている衣類や下着やヒートテックの素材のもの

[ ]  マスカラ・アイシャドー（特に外国製で青色の強いもの）

[ ]  カラーコンタクト

[ ]  金庫の鍵

1. **刺青（イレズミ）をしていますか？**[ ] **いいえ**[ ] **はい**
やけど、変色を起こす可能性があります。
2. **閉所恐怖症ですか？**[ ] **いいえ**[ ] **はい**
3. **女性の方へ　妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？**[ ] **いいえ**[ ] **はい**

ご協力ありがとうございました。

検査に同意し、記入漏れ、間違いがなければ署名をお願い致します。

ご本人が記入できない場合代理人の方の署名もお願い致します。

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師確認サイン

* **検査予約後、体内に医療機器等挿入した方は、医療従事者に必ずお申し出ください。**
* **不明な点は遠慮なくおたずねください。**

北海道せき損センター　0126-63-2151