|  |
| --- |
| 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