

# MRI検査問診票

MRI検査を安全に受けて頂くために、ご協力をお願いします。  
主に体内外金属の有無に関する質問にお答え下さい。  
頭部撮像の方は化粧をせずに来院して下さい。

## ●MRI検査について（動くと不鮮明な画像になります）

- (1) 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ 有 ・ 無
- (2) 気管支喘息・アレルギーはありますか？ 有 ・ 無  
(診断上必要な場合に造影剤を使用します)
- (3) 閉所恐怖症ですか？ 有 ・ 無

## ●体内金属の有無について (4)～(7)のある方は、3テスラでは検査不可です。

- (4) 心臓ペースメーカー 有 ・ 無
- (5) 人工内耳・鼓室形成術後 有 ・ 無
- (6) 人工心臓弁 有 ・ 無
- (7) 磁石で固定するタイプの差し歯 有 ・ 無
- (8) 脳動脈瘤クリップ 有 ・ 無
- (9) 手術により体内に金属が入っている 有 ・ 無
- (10) 事故・戦争・怪我などで体内に金属有 有 ・ 無

## ●体外異物の有無について (11)～(15)で除去可能なものは、検査前に外して下さい。

- (11) 経皮吸収ニトログリセリン製剤・禁煙ニコチン製剤・湿布貼布薬 有 ・ 無
- (12) コンタクトレンズ（頭部撮像の場合） 有 ・ 無
- (13) 義眼・義手・義足・義歯 有 ・ 無
- (14) 補聴器 有 ・ 無
- (15) 化粧品（マスカラ・アイシャドウ・ラメ）・かつら・髪の毛の止め金 有 ・ 無
- (16) 刺青（撮像部分でなければ可能です） 有 ・ 無

## ●女性の方のみお答え下さい。

- (17) 現在妊娠している可能性がありますか？ 有 ・ 無

## ●30分程度、動かず寝ていることはできますか？ 不明 ・ 可能

平成 年 月 日 ご署名

(代理人 )