

体温 ℃

MRI 問診

検査日 年 月 日

ID _____

(フリガナ)

氏名 _____ 様

身長 cm 体重 kg 生年月日 年 月 日生

1	今までに MRI 検査を受けたことがありますか	あり	なし
2	心臓ペースメーカー・ICD	あり	なし
3	人工内耳	あり	なし
4	脳室内シャント	あり	なし
5	神経刺激装置	あり	なし
6	持続型血糖測定器	あり	なし
7	義眼 (磁石タイプのは MRI 不可)	あり	なし
8	義足・義手	あり	なし
9	人工関節・人工骨頭・骨折内固定具 (プレート、ボルト)	あり	なし
10	人工心臓弁・人工血管	あり	なし
11	クリップ類 (脳・心臓・腹部手術)	あり	なし
12	血管・尿管内などの金属 (ステント・コイル・フィルター)	あり	なし
13	磁石タイプの差し歯や入れ歯・義歯 (一般的な入れ歯)	あり	なし
14	インプラント・矯正・ブリッジ	あり	なし
15	鼓膜形成術	あり	なし
16	刺青・アートメイク・美容整形手術	あり	なし
17	まつげエクステ、つけまつ毛、眉毛エクステ	あり	なし
18	ネイルアート (ジェルネイルは可) 巻爪ワイヤー	あり	なし
19	閉所恐怖症	あり	なし
20	金属加工経験 (鉄片)	あり	なし
21	皮下埋め込み型ポート (CV ポート) 確認必須	あり	なし

女性の方へ

22	妊娠・妊娠の可能性	あり	なし
23	避妊リング 確認必須 (銅製のは MRI 不可)	あり	なし

既往歴 脳疾患・てんかん・高血圧・高尿酸血症・糖尿病・高脂血症・心臓病・不整脈・喘息
甲状腺・白内障・緑内障・骨粗鬆症・その他 ()・特になし

手術歴 あり 病名・部位 _____
なし _____

家族歴 くも膜下出血 ()

症状 頭痛・めまい・耳鳴り・物忘れ・しびれ (上肢: 右・左 下肢: 右・左)・歩行障害
構音障害 (呂律障害)・視野障害・その他 ()