

# MRI検査 問診票

患者様氏名

検査日 年 月 日

## 医師確認欄

- \* 心臓ペースメーカー・除細動装置を埋め込まれていますか？ はい ・ いいえ
- \* 金属製の心臓人工弁・人工内耳を使用されていますか？ はい ・ いいえ
- \* 冠状動脈等に磁性体のステント挿入後2ヶ月未満である。 はい ・ いいえ
- \* 入れ墨・永久アイラインをしている。 はい ・ いいえ
- \* 現在妊娠中、または妊娠の可能性がある。 はい ・ いいえ

医師 サイン

## 患者様問診欄


- \* 閉所恐怖症がある。 はい ・ いいえ
- \* はずせる歯(入れ歯・差し歯など)をつけている。 はい ・ いいえ
- \* 人工関節や骨折の手術をし、金属が体内にある。(部位) はい ・ いいえ
- \* 現在の体重 約 k g

記入者署名

続柄

検査担当者

用紙 3ヶ月保管

 医療法人 清仁会 水無瀬病院