



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
- * 持続血糖測定器を装着されていますか？ 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

