

岩田整形クリニック MRI 問診票

_____年_____月_____日 お名前_____

MRI 検査は強い磁力と電磁波を使っていますので、安全のためにお手数ですが以下の質問お答えください。その際、不明な点あればスタッフにお尋ねください。

- ① 過去に MRI をうけたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
② 過去に手術受けたことありますか？ (はい ・ いいえ)
はいと答えた方へ、いつ頃、どのような手術ですか？
(_____年に_____の手術)

- ③ 今までに手術等で金属を身体に入れたことはありますか？

該当するものに丸をして下さい。

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器 (ICD)、人工内耳
インプラント、義眼、ステント、脳動脈クリップ、人工関節
人工弁、VP シャント、その他 (_____)

(はい ・ いいえ)

- ④ 手術以外で身体に金属 (弾丸片、避妊リング等) はないですか？

(はい ・ いいえ)

- ⑤ 身体にタトゥー、入れ墨はされていますか？

(はい ・ いいえ)

- ⑥ 狭いところは苦手ですか？ (閉所恐怖症)

(はい ・ いいえ)

- ⑦ 下記に該当するものを着けていますか？ (検査当日お答え下さい。)

該当するものに丸をして下さい。

ヒートテック、補聴器、入れ歯、かつら・ウィッグ、ヘアピン
コルセット、カイロ、湿布、エレキバン、置き針

(はい ・ いいえ)

- ⑧ 女性の方へ、現在妊娠されていますか？ (可能性も含め)

(はい ・ いいえ)

- ⑨ 検査のために、身長、体重教えてください。(_____)cm (_____)kg

検査室内には、基本的に物を持ち込むことができません。

お財布、携帯電話、時計、万歩計等は更衣室に置いていただきますのでご了承下さい。