**MRI検査　問診票（地域連携検査用）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　桑名市総合医療センター

氏名: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査日: 　　 年 月 日

**MRI説明書をよく読んでいただき下記問診票の記入をお願いします。**

**1．今までにMRI検査を受けたことがありますか。　　　 【　はい　・　いいえ　】**

「はい」 とお答えいただいた方は下記質問にもお答え下さい。

検査を受けた病院はどちらですか。【当院・他院（　　　　　　　　　　　　）】

検査は問題なく終了しましたか。　【はい・いいえ】

「いいえ」 とお答えいただいた方、どのようなことがありましたか。

　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**2.体の中に以下のもの入っていますか。あれば番号に○をつけて下さい。**

・検査できないもの

1. 人工内耳

2. 眼内異物等（鉄片など）

3. 医療用刺激装置（神経刺激装置、 骨成長刺激装置など）

----------------------------------------------------------------------

・検査できないことがあるもの

1. 心臓ペースメーカー

2. 心臓用の埋込型除細動器

3. 脳動脈瘤クリップ

4. ステント

5. 心臓の人工弁

6. 外科用クリップ

7. 人工関節

8. 手術用金具

9. 中耳の埋め込み装置

10. 入れ墨、アートメイク

11. 磁石固定の義歯、義眼

12. 内視鏡での止血クリップ

13. 脳外科用シャントバルブ

14. その他金属、異物

上記に当てはまる物が無い方はこちらに○をつけて下さい。

[上記の物は体内にはありません]

**3. 今までに手術、血管内治療（ステントなど）を受けましたか。**

**【　はい　・　いいえ　】**

「はい」とお答えいただいた方は分かる範囲で記載してください。

・いつ　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・どこで　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・何を　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**4. 該当することがあれば番号に〇をつけてお答えください。**

1. 閉所恐怖症　　　 　　②　女性の方で妊娠中、または妊娠の可能性がある方

記載日：　　　年　　月　　日　　　記載者（代筆者）

（本人との続柄　　　　　）

**【主治医記入欄】**

上記の内容を確認しました。

指示日：　　　年　　月　　日　　　医師署名