

MRI検査問診票

ふりがな

氏名

男・女

生年月日 T・S・H・R

年

月

日

歳

注意

心臓ペースメーカー、埋込型除細動器（ICD）、可変圧式バルブシャント（脳室シャント・V-Pシャント）人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置、脊髄刺激装置、脊椎管内リード線、入れ墨、アートメイクエクステ（マツエク含む）妊娠もしくは妊娠の疑いがある、体重が130kgを超えている。

以上に該当する方は当院のMRI検査は受けることはできません。

下記の質問にお答えください。

- ① MRI検査を受けるのは初めてですか？ はい いいえ
- ② 手術やカテーテル治療などで金属が体内に入っている。
「はい」にチェックされた方は②-1へ。「いいえ」にチェックされた方は3へ。 はい いいえ
- ②-1 下記に当てはまるものがあれば○で囲む、又は記入してください。
人工関節 脳動脈クリップ ステント カテーテル 血管血栓コイルなど
冠動脈ステントは 埋込 3ヶ月以内は原則検査を行えません
いつ頃（ ）
何の手術（ ）
脳動脈クリップ有の方（ 年 月 材質 ）
- ③ 下記の金属類や人工的なものを身に付けていれば○で囲んでください
義眼 ・義足 ・義手 ・かつら ・体内置き針 ・経皮吸収剤
義歯（入れ歯 インプラント 磁石を利用した義歯） ・歯列矯正器具
補聴器 ・避妊リング ・カラーコンタクト（ディファイン含む） ・その他金属

質問②～③に当てはまる患者様へ

体内金属が1.5テスラのMRIに対応していない場合は当院のMRI検査を受けることができません。

必ず治療・手術された病院へお問い合わせ頂きご確認ください。検査当日の確認になる場合、医療機関からの回答が得られず検査延期となる場合があります。

- ④ 金属加工業などの職業に従事している。または過去に従事していた。 はい いいえ
- ⑤ 閉所恐怖症、パニック障害である。 はい いいえ
- ⑥ あおむけで長時間（30分～40分）寝ることができない。 はい いいえ
- ⑦ 現在の体重を教えてください。（ k g）

MRI検査問診票送信先FAX番号 048-777-1512

問い合わせ先

医療法人藤仁会 藤村病院 地域医療連携室

TEL048-777-1511（直通） 048-776-1111（代表）

〒362-0035 埼玉県上尾市仲町1-8-33