MRI検査事前調査票（必ず依頼医がご記載ください）

検査予約日時　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分

（検査予約時間の20分前までにご来院ください）

ふりがな

お名前　　才　□男　□女

体重　　kg　　記入日　　年　　月　　日

MRI検査は強い磁石を使って行います。
安全に検査を行うため、以下の項目についてご回答をお願いいたします。

1. MRI検査を受けたことがある　□はい　□いいえ
2. 心臓ペースメーカーを使用している　□はい　□いいえ
   ☑はい ➡ 6カ月以内に撮影した胸部X-Pデータはありますか　□はい　□いいえ
   ☑はい　➡ 事前確認のため、先にデータをご郵送ください。
   ☑いいえ➡ MRI検査の前に、当院循環器内科で診察・胸部X-P撮影をおこないます。
3. 手術を受けたことがある（手術名　　）　□はい　□いいえ
4. 医療用金属材料が体内に入っている, または金属器具を装着している　□はい　□いいえ
   ☑はい ➡ 3.0テスラMRIまで対応可能であるか、かかりつけ医にご確認ください。
   ※確認先医療機関（　　）　□撮影可　□撮影不可
5. インスリンポンプ・持続グルコース測定器をつけている　□はい　□いいえ
6. 人口内耳 または補聴器を使用している　□はい　□いいえ
7. 義眼（磁石で眼窩内に固定されている場合）を使用している　□はい　□いいえ
8. 閉所恐怖症の可能性がある　□はい　□いいえ
9. 入れ墨, アートメイク等をしている　□はい　□いいえ
10. 増毛スプレー/パウダー等を使用している　□はい　□いいえ
11. カラーコンタクトレンズ, ディファインレンズ等をつけている　□はい　□いいえ
12. マグネットネイル等をつけている　□はい　□いいえ

※ 10～12に該当するものは、検査当日までに必ず外しておいてください。

13. 現在入院中である　□はい　□いいえ

●女性の方のみお答えください

1. 妊娠している, もしくはその可能性がある　□はい　□いいえ
   ※ 原則、妊娠27週未満でのMRI検査は実施しておりません。
2. 現在授乳中である　□はい　□いいえ