



MR I 検査問診票

予約日の1～2日前までに本書のFAX(0263-86-2816)をいただくと助かります。

氏名： _____ 様

(MRI 検査予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

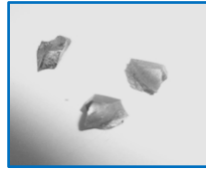
・以下のものが体内に埋め込まれている場合は検査ができません。有無に○を付けてください



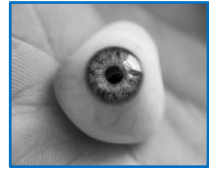
ペースメーカー・除細動器
(有・無)



人工内耳
(有・無)



体内金属片(特に眼内)
(有・無)

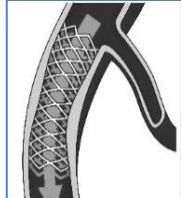


磁石式の義眼
(有・無)

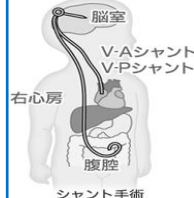
・以下のものは事前にMRI検査に対する安全性の確認が必要です。有無に○を付けてください。



脳動脈瘤クリップ
(有・無)
(手術年： _____ 年)



血管内ステント
(有・無)
(手術年： _____ 年)



シャントチューブ
(有・無)
(手術年： _____ 年)



人工心臓弁
(有・無)
(手術年： _____ 年)



血糖値測定機器
(有・無)



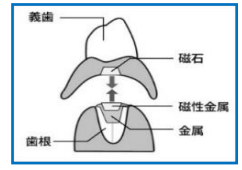
金属製の歯列矯正
(有・無)



子宮内避妊器具
(有・無)



入れ墨・タトゥー
(有・無)

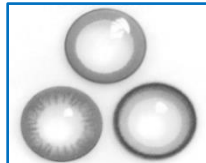


磁石式入れ歯
(有・無)

・以下のものは検査当日の着用を控えてください。

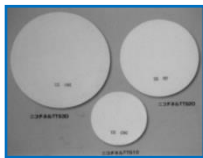


ラメを含む化粧品(マスカ・アイシャド-・マニキュア等) カラーコンタクト



刺繍入り衣料品・機能性肌着

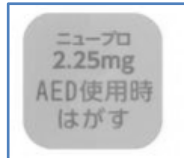
・以下の貼り薬は検査前に外しますので、必要に応じて交換用をご用意ください。



ニトロダーム



ニコチル



ニュープロパッチ



ノルスバンテープ



フェントステープ

・以下に該当する方は検査ができない場合があります。ご了承ください。

◎ 現在、妊娠中または妊娠の可能性がある方 ◎ 閉所恐怖症の方

※ご不明な点は医師・診療放射線技師にお尋ねください

独立行政法人国立病院機構 まつもと医療センター

2024/05 改訂