

MRI検査問診票

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック
和歌山画像診断センター 担当医 殿

平成 年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 _____

科・医師名 _____

電話番号 _____

来院予定日時	平成 年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日 明・大 年 月 日生 昭・平
患者様お名前	様		
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(自宅) () - (携帯)

禁 忌 ※心臓ペースメーカーを装着しておられる方は、検査を受けることが出来ません。

検 査 時 の 注 意 事 項
・検査時には、検査着に着替えていただきます。
・腕時計、磁気カード(定期券、キャッシュカード、テレホンカード等)その他金属製品は、持ち込めませんので、着替えの際ロッカーにお預け下さい。
・コンタクトレンズ、エレキバン、使い捨てカイロ、中国針は前もって外しておいて下さい。
・検査前にアイシャドウ等の化粧は洗い落としておいて下さい。(金属製色素を含むため)

問 診 票
以下の項目に該当するものに□内にチェックをおつけ下さい。
 心臓ペースメーカー
 人工心臓弁
 人工内耳などの体内への金属類埋め込み
 手術等による体内への金属類の埋め込み
・動脈瘤などのクリップ・金属メッシュ・人工骨頭および関節・胸骨ワイヤー・シャントポンプ
・ステント・塞栓用コイル
 銃弾破片や金属片
 義眼・コンタクトレンズ
 避妊リング
 入れ歯
 入墨・パーマネントアイライン
 針治療の針
 身体に貼る心臓薬
 妊娠、あるいは妊娠の可能性
 閉所恐怖症
 上記全て該当事項ありません。

※過去にMRI検査を受けたことがある。 はい いいえ 体 重 () kg

※上記に相違ありません。
記入日：平成 年 月 日 ご署名： (代理人：続柄)

検査当日、この用紙を受付に提出下さい。