

# MR検査問診票 (検査当日にお持ち下さい)

MR検査は、強い磁石と電波を使いますので、次の品目は検査の妨げや破損の恐れがあります。また、の中には実際に身体の安全を脅かすものも含まれています。検査を安全に行う為、お手数ですが、以下のあてはまる項目をチェックして下さい。

① あなたは、ペースメーカーを使用していますか。	いいえ	はい	<input type="checkbox"/> MR対応 <input type="checkbox"/> MR対応でない
② 人工内耳・中耳、体内神経刺激器を使用していますか。	いいえ	はい(検査はできません)	
③ 今までにMR検査を受けられたことがありますか。	いいえ	はい	わからない
④ 閉所恐怖症ですか。	いいえ	はい	わからない
⑤ 体の中に金属が入っていますか。			
<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 血管内ステント	<input type="checkbox"/> 入れ墨	
<input type="checkbox"/> 脳室シャントチューブ	<input type="checkbox"/> 血管内コイル	<input type="checkbox"/> アートメイク(眉・アイライナー)	
<input type="checkbox"/> 体内に金属が残る手術	<input type="checkbox"/> 磁力で装着する義歯	<input type="checkbox"/> 金属製避妊リング	
<input type="checkbox"/> 眼窩内異物(原則禁忌)	<input type="checkbox"/> 磁力で装着する義眼	<input type="checkbox"/> 金属研磨業等の経歴	
<input type="checkbox"/> ゼオクリップ	<input type="checkbox"/> 弾丸被弾	<input type="checkbox"/> その他( )	
※上記の金属がない場合は「体内金属なし」にチェックしてください。			<input type="checkbox"/> 体内金属なし
⑥ その他以下のものを身につけていますか。			
<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> 義手・義足	<input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ
<input type="checkbox"/> 持続血糖測定器	<input type="checkbox"/> DIBキャップ(検査前に外来にて交換していただきます)		
<input type="checkbox"/> ※増毛用(パウダー、ファンデーション等)	<input type="checkbox"/> ※マグネットネイル	※ 検査当日は付けないでください	
⑦ 女性の方へ 現在妊娠している可能性はありますか。	いいえ	はい	わからない
年 月 日		患者様氏名 _____	
		保護者または代理人 _____ (続柄 _____)	

以下の物は、検査前にお外し下さい。

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 補聴器            | <input type="checkbox"/> ヘアピン     | <input type="checkbox"/> 指輪、ネックレス、ピアス、ネイル等   |
| <input type="checkbox"/> 入れ歯            | <input type="checkbox"/> かつら      | <input type="checkbox"/> カイロ、エレキバン           |
| <input type="checkbox"/> 磁性のアタッチメント(義歯) | <input type="checkbox"/> メガネ      | <input type="checkbox"/> 発熱効果のある下着・服         |
| <input type="checkbox"/> 湿布などの貼付薬       | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ | <input type="checkbox"/> 増毛用(パウダー、ファンデーション等) |
| <input type="checkbox"/> 持続血糖測定器        | <input type="checkbox"/> DIBキャップ  |  |

チェック日時 年 月 日 MR担当 \_\_\_\_\_