

③ MRI検査問診票(医療機器共同利用)

検査を安全に行うために下記の内容にできるだけ詳しく正確に回答してください。

次の中に使用している医療機器はありますか？

<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 人工内耳・神経刺激装置など <input type="checkbox"/> 磁石式人工肛門
<input type="checkbox"/> 脊柱管内リード線・脳脊髄刺激装置 <input type="checkbox"/> 埋め込み型インスリンポンプ <input type="checkbox"/> スワングアンツカテーテル
<input type="checkbox"/> ループレコーダー <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> この中に使用しているものはありません

手術や治療、外傷などで体の中に次のものがありますか？

<input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ・コイル <input type="checkbox"/> 脳室腹腔シャント <input type="checkbox"/> 心臓・大動脈ステント <input type="checkbox"/> 人工心臓弁
<input type="checkbox"/> 血管や管腔臓器内の金属(フィルター・ステント・コイルなど) <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節
<input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ(消化管出血の止血クリップ・マーキングクリップなど) <input type="checkbox"/> 骨固定金属
<input type="checkbox"/> 胸骨ワイヤー <input type="checkbox"/> 腹部の手術によるクリップ <input type="checkbox"/> 鍼(はり)の治療針
<input type="checkbox"/> 避妊リング <input type="checkbox"/> 銃弾破片・金属片 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> この中に体内にある物はありません

次の物を使用していますか？

<input type="checkbox"/> インプラント・歯列矯正器具 <input type="checkbox"/> 磁石埋め込み式差し歯 <input type="checkbox"/> 金歯・銀歯
<input type="checkbox"/> 刺青・タトゥー <input type="checkbox"/> アートメイク(アイライン・眉毛) <input type="checkbox"/> アイシャドウ・マスカラ
<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> この中に使用しているものはありません

金属片・粉を扱う作業に従事、または過去に被弾した可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

閉所恐怖症ですか？ (はい ・ いいえ)

(女性の方)妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)

現在の体重を記入してください..... (kg)

検査室には一切の物を持ち込むことはできません。また下記の物は特に装置の故障や人体に危険をおよぼす可能性がありますので検査前にすべて外していただきます。

カラーコンタクトレンズ・メガネ・補聴器・義歯・かつら・コルセット・義肢・カイロ・湿布・磁気治療器 装飾品(ヘアピン・ピアス・ネックレス・指輪など)・腕時計・アイシャドウ・マスカラ・ポマード

上記について質問の機会を得て、内容について理解しました。問診内容に相違はありません。

— 年 月 日

患者氏名(自筆)

*保護者または

代理人

(続柄:)