

MRI 検査問診票

患者氏名		生年月日		性別	男・女
問診日		代理人		続柄	
問診者					

項目	選択	
1) ペースメーカーを装着している (はいの場合は検査不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2) 人工内耳を装着している (はいの場合は検査不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3) 眼窩内金属片がある (はいの場合は検査不可)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4) クリップ類がある (2週間以内に胃内視鏡、大腸内視鏡にて止血クリップを留置した場合は特に注意する)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5) 脳室(心房、腰椎) - 腹腔シャントがある (はいの場合は検査後設定圧の確認が必要)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6) 人工関節 (股関節・膝関節など) がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7) 骨折内固定金具がある (シリンダーネール・プレート・骨螺子・鋼線・釘など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8) 静脈内・動脈内・尿管内などの金属類がある (フィルター・ステント・コイルなど)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9) 刺青がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10) 避妊用リングがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11) 妊娠初期である (3ヶ月程度)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12) カルスパンテープ、ニュープロパッチ、ニトロダーム、ニコチネルTTS の添付している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13) 閉所恐怖症である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14) 事故等による体内遺留金属片がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

【特記事項】

知多厚生病院 病診連携室

TEL : (0569) 83-1661

FAX : (0569) 83-1666