

M R I 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) 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 |
| 5) 体内金属 (コイル、ステント、クリップ、人工関節など) がある → 「はい」の方のみ 手術等による体内金属埋め込み後、初めてMRI検査を受ける □ はい □ いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6) 体外に装着している医療機器などがある (DIBキャップ(尿道カテーテル)・リブレ・インスリンポンプなど) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7) 刺青がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 8) ノルスパンテープ、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 ※()は当院未採用薬品 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 9) 閉所恐怖症である (過去にMRIが出来なかったことがある) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 10) 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