

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 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</div>	<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

T E L : (0 5 6 9) 8 3 - 1 6 6 1

F A X : (0 5 6 9) 8 3 - 1 6 6 6