

MRI 検査「問診票」

検査日 令和 年 月 日 時 分

予約時間**20分前までに1階外科ブロック受付**にお越しください。

■注意事項

※緊急連絡先：福島労災病院 0246-26-1111

○ 以下のような金属類は、取り外して頂きます。

眼鏡、腕時計、アクセサリー(ネックレス、ピアス、指輪など)、ヘアピン、カイロ、エレキバン、金属が付いている下着、携帯電話、磁気カード(銀行カード、クレジットカード等)、外せる入れ歯、かつら、防寒下着(ヒートテック、ボディヒーター、あたたかインナー等)、DIBキャップ

○ 腹部 (MRCP) 及び造影検査の方は食事制限があります。

- ・ 午前検査の方は朝食は摂らないでください。
- ・ 午後検査の方は昼食は摂らないでください。
- ・ 水やお茶などは普段通りお飲みください。※水分制限のある方は主治医にご確認ください。

○ 膀胱、前立腺の撮影の場合、検査 1 時間前より排尿しないでください。

■ MRI検査を安全に行う為、下記の設問にお答えください。

はい、いいえのどちらかをマルで囲んでください

○ 体内に機械、または金属が入っていますか？

はい いいえ

(心臓ペースメーカー、人工内耳、人工関節、DBS、SCS)
その他 ()

「はい」の方は検査ができない場合があります。
主治医にご相談ください。

○ 体内へチューブ等を入れてますか？

はい いいえ

「はい」の方は使用してるものを記入してください。()

○ 閉所恐怖症ですか？ (検査不可能な場合があります)

はい いいえ

○ 刺青をしていますか？ (発熱及び変色する恐れがあります)

はい いいえ

○ 貼り薬を貼っていますか？ (検査前に外していただきます)

はい いいえ

(ニコチネルTTS ニトロダームTTS ニュープロパッチ ノルスパンテープ)

○ 以下のものを使用していますか？ (検査前に外していただきます。)

はい いいえ

(補聴器、入れ歯、義眼、義手・義足、血糖測定器 (リブレ))

○ コンタクトレンズを装着していますか？

はい いいえ

(カラーコンタクトレンズは検査前に外していただきますのでレンズケースを持参してください)

○ 金属を含む化粧品を使用していますか？ (検査前に落としていただきます)

はい いいえ

(増毛スプレー、マスカラ、アイシャドウ、その他())

○ 30分程度動かずに静止することは可能ですか？

はい いいえ

○ 女性の方にお聞きします。(「はい」の場合、検討が必要です)

現在妊娠中もしくは妊娠している可能性がありますか？

はい いいえ

○ 現在の体重は何kgですか？

< > kg

令和 年 月 日

お名前