

MRI検査問診票

予約 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 ID _____ 氏名 _____ 様

MRI検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答えください。

- 1 今までにMRIを受けたことがありますか？ (年 月 日) はい いいえ
- 2 過去に手術歴がありますか？ (年 月 日) はい いいえ
- 3 心臓にペースメーカーが入っていますか？ はい いいえ
- 4 人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置が入っていますか？ はい いいえ
- 5 圧可変式バルブシャント（V-Pシャント、L-Pシャント） はい いいえ
- 6 脳動脈瘤クリップが入っていますか？ はい いいえ
- 7 身体内に金属が入っていますか？
(コイル、ステント、止血クリップ、人工関節、人工骨頭) はい いいえ
- 8 外傷による金属片（鉄片、銃弾破片）が体内に入っていますか？ はい いいえ
- 9 刺青（イレズミ）をしていますか？ はい いいえ
- 10 義足・義手・義眼・義歯固定用のマグネットをしていますか？ はい いいえ
- 11 補聴器をつけていますか？ はい いいえ
- 12 鍼の治療針（円皮鍼を含む）がありますか？ はい いいえ
- 13 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ

医療法人 光誠会 ゆうメディカルクリニック

大阪府大阪市東淀川区豊新1-21-29

TEL 06-6327-0550