

# MRI検査 問診票

患者氏名 \_\_\_\_\_

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

※ 該当する有無を四角の中にチェックして下さい 

有 無

- 装飾のあるネイル(当日不可)
- つけまつげ・ラメ等(当日不可)
- コンタクトレンズ(眼鏡持参)
- 義歯(矯正ワイヤーは可能テスラ確認必要)

有 無

- 人工内耳
- 歯科 インプラント
- 脳脊髄刺激装置
- 義眼
- 脳動脈瘤クリップ・コイル
- 脳室シャント
- 眼科 アイステント

有 無

- 閉所恐怖症
- 30分以上の安静保持  
 可     不可

有 無

- 心臓ペースメーカー
- 冠動脈ステント
- 植込み型除細動器
- 刺青(アートメイクも含む)
- 心臓人工弁
- 胸腹部ステントグラフト
- 静脈フィルター
- インシュリン注入ポンプ
- 持続血糖測定器(リブレ等)

※体内金属がある場合  
 下記に記入してください。

部位: \_\_\_\_\_

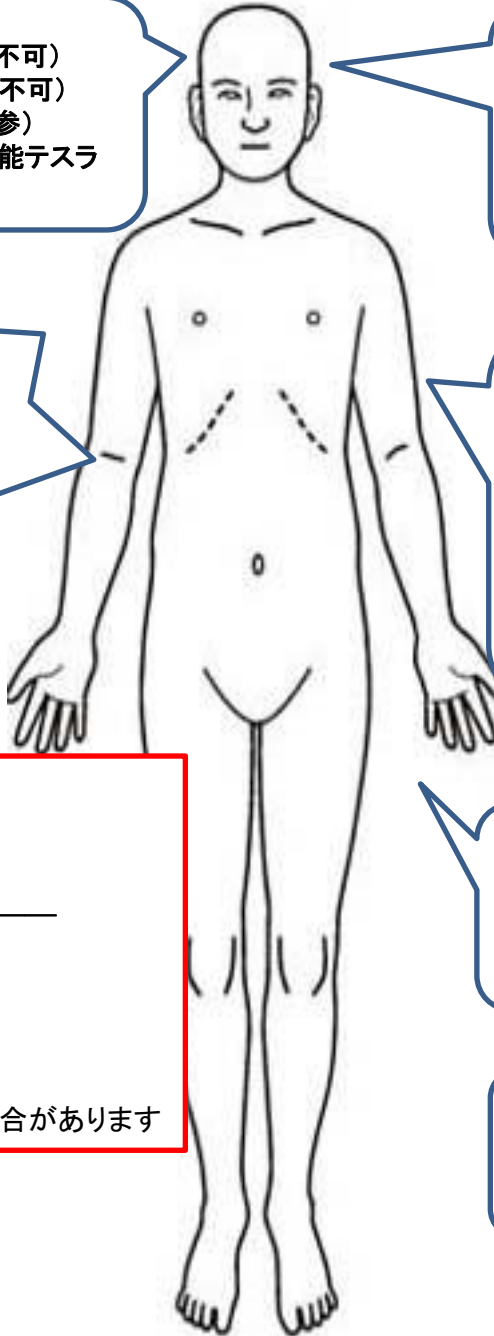
- MRI非対応
  - 1.5テスラ対応
  - 3.0テスラ対応
  - 3.0テスラ非対応
- 不明の場合は検査が出来ない場合があります

有 無

- 妊娠中
- 尿道カテーテル  
(DIBキャップという磁石の蓋がある)
- 人工関節(部位: \_\_\_\_\_)

有 無

- その他体内に金属が入っている。  
 (部位: \_\_\_\_\_)



●やけど、画像不良、機器の故障原因、そのほか身体に及ぼす悪影響の無いよう「安全」に努めます●

ご協力ありがとうございました