

MRI 問診票

ID: _____ 患者氏名: _____ 様

問診内容	備考	チェック	チェック	チェック
心臓ペースメーカー・除細動器の有無	禁忌	無・有	無・有	無・有
心臓の人工弁・ペースメーカー電極の有無	禁忌	無・有	無・有	無・有
人工内耳の有無	禁忌	無・有	無・有	無・有
圧可変式バルブ付き VP シャントの有無	禁忌	無・有	無・有	無・有
神経刺激装置・骨成長刺激装置	禁忌	無・有	無・有	無・有
埋め込み型のインシュリンポンプ	禁忌	無・有	無・有	無・有
妊娠の有無	禁忌	無・有	無・有	無・有
頭部に動脈瘤のクリップの有無	確認	無・有	無・有	無・有
歯科矯正用ブレース	確認	無・有	無・有	無・有
塞栓用コイルの有無 (撮影可能だが画像が抜ける)	確認	無・有	無・有	無・有
人工関節・骨折接合金属の有無	確認	無・有	無・有	無・有
チューブ類の挿入	確認	無・有	無・有	無・有
体内の金属(金属片・ステント・義眼等)の有無	確認	無・有	無・有	無・有
刺青やアートメイクの有無	確認	無・有	無・有	無・有
避妊用金属リングの有無	確認	無・有	無・有	無・有
おき針の有無	確認	無・有	無・有	無・有
増毛パウダー等の使用の有無	確認	無・有	無・有	無・有
インプラント *かかりつけ医の歯科医に確認要	確認	無・有	無・有	無・有
金属を研磨するような仕事の経験 金属粉塵の残存	確認	無・有	無・有	無・有
閉所恐怖症の有無	確認	無・有	無・有	無・有
問診日		月 日	月 日	月 日
サイン				

*挿入物の内容が不明の場合、手術を受けた病院へ確認要
可否を決定できない場合、主治医の撮影許可

主治医署名: _____

前医へ可否の確認を行った場合

前医の施設名: _____ 医師名: _____