ご記入のうえ申込書と一緒にＦＡＸしてください。

依頼元医療機関名：

患者氏名：
記入日：　　年　　月　　日

□■□■□■□■□■□■□　　ＭＲＩ問診　事前調査シート　　□■□■□■□■□■□■□■□

ＭＲＩ検査は強い磁石と電波を使って体の内部の状態を検査する方法です。体内に金属がある場合検査ができないことがあります。

該当するものがあれば〇印をしてください。

（　　）心臓ペースメーカー、植込み型除細動器（ＩＣＤ）
（　　）神経刺激装置（ＳＣＳ）
（　　）人工心臓弁
（　　）血管内ステント
（　　）下大静脈フィルタ
（　　）電子装置（人工内耳、埋込型心電計）
（　　）脳動脈瘤クリップ
（　　）金属製尿管ステント
（　　）内視鏡カプセル
（　　）上記以外の金属や異物
　　持続血糖測定器（リブレ）、義歯、人工関節
　　ポート（皮膚の下に設置する医療機器）
　　コンタクトレンズ、貼り薬、その他体内金属や体内異物
　　その他（　　）

（　　）義眼
（　　）外傷による眼窩内および体内の金属片
（　　）刺青、アートメイク
（　　）閉所恐怖症
（　　）妊娠あるいは妊娠している可能性

（　　）当てはまる項目はない

北見赤十字病院　地域医療連携室