

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○印をしてください。

- () 心臓ペースメーカー →左記が○の場合：() MRI 対応
- () 植込み型除細動器 (ICD) →左記が○の場合：() MRI 対応
- () 神経刺激装置 (SCS) →左記が○の場合：() MRI 対応
- () 人工心臓弁
→上記が○の場合：() 生体弁 () 機械弁 (1970 年以降)
- () 血管内ステント
→上記が○の場合：() 留置より 8 週間以上経過している
- () 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 →左記が○の場合：() MRI 対応
- () 金属製尿管ステント →左記が○の場合：() MRI 対応
- () 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 (金属種類：)
その他 ()
- () 義眼 →左記が○の場合：() 脱着可能型義眼
- () 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 (軽度)
- () 閉所恐怖症 (重度)
- () 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