

MR I 検査問診票 (他院)

検査日 年 月 日 時 分

ID 生年月日: T S H 年 月 日 (才)

氏名 性別: 男性・女性

1. MRI 検査を受けられたことがある方はお答え下さい いつ(1番最近): / どの / どこで: 豊岡病院・その他() また、その時体調の変化はありましたか? はい・いいえ 「はい」と答えられた方: 具体的に()
2. 今までに手術をされたことがありますか? はい・いいえ 「はい」と答えられた方は具体的に記入して下さい(体内に入っている金属等を把握します) 才頃 どの? / どこで? 豊岡病院・その他() 才頃 どの? / どこで? 豊岡病院・その他() 才頃 どの? / どこで? 豊岡病院・その他()
3. 身体の中に金属が入っているとされたことがありますか? はい・いいえ どこに入っていますか? () (体内金属が発熱したり、正しく画像が撮像されない可能性があります)
4. 狭いところ、暗いところが苦手ですか? はい・いいえ
5. てんかんの発作を起こしたことがありますか? はい・いいえ
6. 20分間程度同じ姿勢を維持することが出来ないとはいえませんか? はい・いいえ
7. 下記の病気で該当するものがあれば○で囲んで下さい 緑内障・狭心症・不整脈・前立腺肥大症・糖尿病・金属アレルギー
8. 入れ墨(まゆ毛・アイライン含む)がありますか? はい・いいえ (入っている成分によっては火傷の可能性があります)
9. ジェルネイルやまつ毛などのエクステンションをしていますか? はい・いいえ (入っている成分によっては火傷の可能性があります 検査当日までに可能な限り外して下さい)
10. 女性の方へ・・・現在妊娠している又は授乳中の方は○で囲んで下さい 妊娠している: 現在何週目ですか()・授乳中

【 以下は造影検査を受けられる方のみお答え下さい 】

11. 以前に造影MR I 検査を受けられた方はお答え下さい その時体調に変化はありましたか? はい・いいえ 「はい」と答えられた方: 具体的に()
12. 喘息やアレルギー(他の造影剤も含む)はありますか? はい・いいえ
13. 透析中又は、腎臓の機能が悪い、腎不全と言われた事がありますか? はい・いいえ

