

MRI 問診

検査日 H 年 月 日

氏名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1	今までに MRI 検査を受けたことがありますか	あり	なし
2	心臓ペースメーカー・ICD	あり	なし
3	人工内耳	あり	なし
4	脳室内シャント	あり	なし
5	神経刺激装置	あり	なし
6	義眼	あり	なし
7	義足・義手	あり	なし
8	人工関節・人工骨頭・骨折内固定具（プレート、ボルト）	あり	なし
9	人工心臓弁	あり	なし
10	クリップ類（脳・心臓・腹部手術）	あり	なし
11	血管・尿管内などの金属（ステント・コイル・フィルター）	あり	なし
12	磁石タイプの差し歯 ・義歯	あり	なし
13	インプラント・矯正・ブリッチ	あり	なし
14	鼓膜形成術	あり	なし
15	刺青・アートメイク	あり	なし
16	まつげエクステ、つけまつ毛	あり	なし
17	ネイルアート	あり	なし
18	過去に発汗障害で診断された事がある	あり	なし
19	閉所恐怖症	あり	なし
20	金属加工経験（鉄片）戦争経験（弾丸）がある	あり	なし
21	皮下埋め込み型ポート（CV ポート）	あり	なし

女性の方へ

22	妊娠・妊娠の可能性	あり	なし
23	避妊リング	あり	なし

既往歴

脳疾患・てんかん・肝臓病・胆石・高血圧・痛風・高尿酸血症・尿路結石・糖尿病・高脂血症
肺結核・呼吸器疾患・心臓病・不整脈・貧血・喘息・胃腸の病気・痔・婦人科疾患・泌尿器科疾患
腎臓病・その他（ ）
特になし

手術歴

病名、部位 _____

特になし

家族歴

くも膜下出血（ ）・高血圧（ ）・心臓病（ ）・糖尿病（ ）・がん（ ）・特になし

症状

胸やけ・嘔吐・咳・痰・頭痛・めまい・耳鳴り・物忘れ・しびれ（上肢：右・左 下肢：右・左）
腹痛・腰痛・排便不良・下痢・血便・その他（ ）