

# MRI検査を受けられる方への問診票

島根県立中央病院

当院では患者さんに安心して安全に検査を受けていただけるように努めています。  
つきましては、普段の様子などをお聞かせください。当てはまるものに☑印、他は記入をして  
検査時にご持参ください。なお、この情報は目的以外には使用しません。

記入年月日：平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ

お名前 ( \_\_\_\_\_ ) 性別 ( 男 ・ 女 )

年齢 ( \_\_\_\_\_ 才 ) 生年月日 ( T ・ S ・ H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

1、心臓ペースメーカーがありますか

はい いいえ

2、心臓の人工弁がありますか

はい いいえ

3、脳動脈瘤・クモ膜下出血の手術でクリップを使用されましたか

はい いいえ

4、入れ墨をしていますか

はい いいえ

5、金属が体内にありますか

はい いいえ

はいと答えた方は該当のものを○で囲んでください

人工骨頭・人工関節・手術用クリップ・内視鏡止血クリップ・入れ歯 その他 ( \_\_\_\_\_ )

6、今までに造影剤の注射を使った検査を受けたことがありますか

はい : (CT検査・腎臓検査・胆のう検査・血管造影・MRI検査)

いいえ わからない

はいと答えた方は、造影剤による副作用と思われる症状がありましたか

はい : 発疹・吐き気・嘔吐・その他 ( \_\_\_\_\_ )

いいえ

7、現在ぜんそくがありますか、または過去にぜんそくと言われたことがありますか

はい いいえ

8、今まで腎臓の働きが悪い(腎不全など)と言われたことがありますか

はい いいえ

2枚目につづく

