

①

MR I 問診票

ID _____
患者氏名 _____
生年月日 _____

☆ 今までに大きな病気や手術をしたことがあれば記入してください。(なければ記入不要)

☆ 以下に当てはまる場合は、□にシ点チェックをお願いします。

- 心臓ペースメーカーを使用している。
- 今までに血管造影検査を受けたことがある。
- 身体の中に手術などにより金属が入っているとされたことがある。
(手術クリップ・人工骨頭・人工関節・心臓人工弁・血管造影後のステント、塞栓コイルなど)
- 身体の中に手術以外で金属などが入っている。
(事故・けが・戦争による金属片など)
- 眼に化粧(アイメイク)または身体に入れ墨をしている。
- マスカラ・マニキュアなどにラメ入り(ラインストーンなど)を使用している。
- 義眼である。
- コンタクトレンズを使用している。
- 眼の中に事故やけがで金属が入った経験がある。
- 金属を研磨するような仕事に就いたことがある。
- 取り外しできる入れ歯を使用している。
- 閉所恐怖症(狭いところで長時間じっとできない)である。
- 心臓の病気や不整脈があるといわれたことがある。
- 喘息などのアレルギー疾患、その他持病があれば病名を記入してください。
- インプラントをしている。

(本書は、申込時に検査依頼書と一緒にFAXいただき、検査当日はこの用紙を必ず持参して下さい)