

CT・MRI 問診票

氏名： _____

生年月日： _____

◆ ご記入をお願いします。

- ① 心臓ペースメーカー 有 ・ 無
- ② 埋め込み型除細動器 (ICD) 有 ・ 無
- ③ 感染症 有 ・ 無
- ④ 妊娠の可能性 有 ・ 無

◆ MRI 検査希望の方は以下もお答えください。

- ⑤ 手術歴、体内に埋め込まれた金属類や人工的なものがあれば
全てご記入ください。検査前に診療放射線技師から確認があります。

• 手術部位 / 疾患名	手術年	年ごろ
• 手術部位 / 疾患名	手術年	年ごろ
• 手術部位 / 疾患名	手術年	年ごろ
• 手術部位 / 疾患名	手術年	年ごろ
• 手術部位 / 疾患名	手術年	年ごろ

- ⑥ 今までに MRI 検査を受けたことはありますか 有 ・ 無
- ⑦ 閉所恐怖症はありますか 有 ・ 無
- ⑧ 刺青などをしていませんか 有 ・ 無
- ⑨ 次にあげるもので該当するものに☑をお願いします。

また、該当項目は可能な限り身に着けずに検査に来ていただくようご案内をお願いします。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 入れ歯 | <input type="checkbox"/> 鍼（はり）治療の針 |
| <input type="checkbox"/> マグネットタイプのインプラント | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ |
| <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> 貼り薬（ニトロダーム TTS 等） |