

# MRI検査の問診

|     |                 |
|-----|-----------------|
| ID: | 平成 年 月 日 / 時間 : |
| 氏名: | 性別: 体重: kg      |

## 1) MRI検査を安全に実施するため、以下の項目についてお答え下さい。

|                                 |     |                                     |     |
|---------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|
| 心臓ペースメーカー（検査禁忌）                 | 無 有 | 血管内ステント・コイルなど                       | 無 有 |
| 人工内耳（検査禁忌）                      | 無 有 | けがや事故による体内金属（銃弾/金属片）                | 無 有 |
| 脳動脈瘤クリップ                        | 無 有 | 張り薬（心臓の薬・エキレバン・湿布薬）                 | 無 有 |
| 補聴器                             | 無 有 | 入れ墨（アイライナーを含む）                      | 無 有 |
| 心臓人工弁がある                        | 無 有 | 避妊リングがある                            | 無 有 |
| コンタクトレンズまたは義眼<br>※検査時はコンタクト外すこと | 無 有 | 人口骨頭・人口関節（股関節）等<br>その他の体内金属・VPシャント等 | 無 有 |
| 閉所恐怖症がある                        | 無 有 | かつら、ウィッグ等のご使用                       | 無 有 |

## 2) 薬や食べ物にアレルギーはありますか？

( いいえ はい )はいの方→( 風邪薬・痛み止め・魚・卵・その他 )

## 3) アレルギー性の病気はありますか？

( いいえ はい )はいの方→( 喘息・アトピー性疾患・蕁麻疹・花粉症・化粧かぶれ・その他 )

## 4) 過去に造影剤を使った画像検査を受けたことがありますか？

( いいえ はい )はいの方→( MRI・CT・腎臓・尿路・血管・胆嚢・脊髓腔・子宮卵管・その他 )

※はいの方にお聞きします。造影剤による副作用はありましたか？

( いいえ はい )はいの方→( 発疹・吐き気・くしゃみ・その他 )

## 5) 女性の方のみお答えください。妊娠している、又は妊娠の可能性はありますか？

( いいえ はい 不明 )

腎機能が悪い方は造影剤使用で腎不全となってしまう危険性があります。検査前に腎機能検査（クレアチニン）のチェックが必要です。

なかねクリニック  
医師 中根幸実