

MRI検査 問診票

地域医療連携室用

MRI検査を安全に行うために、次の質問にお答え下さい。

(この問診票を検査依頼書と一緒に返信してください。)

患者さんのお名前 _____ 年齢 _____ 歳 男・女

(保護者または付き添いの方のお名前 年齢 _____ 歳)

(1)	今までにMRI検査を受けられたことがありますか？ (_____ 年 _____ 月ころ _____ 病院)	いいえ・はい
	MRI検査の時、具合が悪くなったことがありますか？	(いいえ・はい)
(2)	CT検査で造影剤の注射をしたことがありますか？	いいえ・はい
	その時、副作用はありましたか？	(いいえ・はい)
(3)	気管支ぜんそくがありますか？	いいえ・はい
(4)	アレルギーがありますか？ (薬 = _____、食べ物 = _____、その他 = _____)	いいえ・はい
(5)	腎臓病または腎機能異常がありますか？	いいえ・はい
(6)	心臓ペースメーカーや人工内耳を使用していますか？	いいえ・はい
(7)	手術や針治療、外傷などで身体の中に金属が入っていますか？ (手術: _____ 年ころ _____ 病院) (金属:手術クリップ、人工骨頭、人工関節、心臓人工弁、ステント 塞栓用コイル、義眼、避妊用金属リング、おき針、その他 = _____、不明)	いいえ・はい
(8)	歯科 磁気インプラントの入れ歯をしていますか？	いいえ・はい
(9)	狭い所に入って気分が悪くなった事がありますか？	いいえ・はい
(10)	女性の方へ。現在、妊娠していますか？	いいえ・はい
身長・体重をご記入ください。 身長 _____ cm 体重 _____ kg		

ありがとうございました。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記を確認しました。 担当医師氏名 _____

国立函館病院 地域医療連携室