

# MR I 検査問診票

MR I 検査を安全に受けていただくため、下記の質問にお答えください。

(該当する方に○印をつけてください)

- ① MR I 検査を受けるのは、初めてですか？ ( はい ・ いいえ )
- ② 体内に金属が入っていますか？ ( はい ・ いいえ )  
“はい”の方に質問です・・・体内に入っている金属はなんですか？○印をつけてください。  
ペースメーカー ・ 人工関節などの医療器具 ・ 医療器具以外の金属
- ③ 同じ姿勢でじっとしているのが苦痛ですか？ ( はい ・ いいえ )
- ④ 狭いところは苦痛ですか？ ( はい ・ いいえ )
- ⑤ 刺青（アートメイクを含む）をされていますか？ ( はい ・ いいえ )
- ⑥ 補聴器を使用されていますか？ ( はい ・ いいえ )
- ⑦ 女性の方のみ・・・現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ ( はい ・ いいえ )

※ 問診の結果によっては検査をお断りする場合があります。あらかじめご了承ください。

## ＊＊ 骨盤部のMR I 検査を受けていただく患者様への追加質問 ＊＊

骨盤部のMR I 検査では、より鮮明で診断能の高い画像を得るため、腸の動きを抑制する注射薬（ブスコパン）を使用いたします。つきましては、下記の質問にもお答えください。

- ① 緑内障といわれたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
- ② 出血性大腸炎といわれたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
- ③ 麻痺性イレウス（腸閉塞）といわれたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
- ④ 心臓の病気（狭心症・心筋梗塞・不整脈など）がありますか？ ( はい ・ いいえ )
- ⑤ 過去に胃カメラ・胃透視検査で注射をしたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
“はい”方に質問です・・・その際異常がありましたか？ ( はい ・ いいえ )
- ⑥ 男性の方のみ・・・前立腺肥大といわれたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

平成 年 月 日

ご署名

平成 年 月 日

依頼医師名