

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)

年 月 日

ご署名

年 月 日

依頼医師名