MR検査問診票 (検査当日にお持ち下さい。)

MR検査は、強い磁石と電波を使いますので、次の品目は検査の妨げや破損の恐れがあります。 また、この中には実際に身体の安全を脅かすものも含まれています。 検査を安全に行う為、お手数ですが、以下のあてはまる項目をチェックして下さい。

あなたは、ペースメーカーを使用していますか。		いいえ	はい	□ MR対応		
				□ MR対応でない		۲)
人工内耳・中耳、体内神経刺激器を使用していますか。 いいえ			はい(検査はできません)			
① 今までにMR検査を受けられたことがありますか。			いいえ	はい	わからな	: ()
② 閉所恐怖症ですか。			いいえ	はい	わからな	: () :
③ 体の中に金属が入っていますか。 "はい"と答えられた方は、あてはまるものをチェックして下さい。				はい	わからな	:۷۱
 □ 脳動脈瘤クリップ □ 血管内ステン □ 血管内コイル □ 骨折治療用金属 □ 体内に金属が残る手術 □ 服窩内異物 □ で装着す □ 一 強力で装着す □ 一 弾丸被弾 □ その他 	[∕] つる義歯		れ墨 ニトメイ : 属製避妊 : 属研磨業 : 道カテー	リング 等の経歴	゚゚゚゙イライナ	
④ その他以下のものを身につけていますか。						
□ 補聴器 □ 入れ歯 □ 義手・義足	□ ¬;	ンタクト	・レンズ	□ピァ	゚゚ス	
⑤ 女性の方へ 現在妊娠している可能性はあ	ります	か。	いいえ	はい	わからな	: ()
現在授乳中ですか。 (造影検達	査の場	合)	いいえ	はい		
年 月 日 患者様氏名						
保護者また	:は代理	!人		(;	続柄)
以下の物は、検査前にお外し下さい。 □ 補聴器 □ ヘアピン □ 指輪、ネックレス、ピアス等 □ 入れ歯 □ かつら □ カイロ、エレキバン □ 磁性のアタッチメント(義歯) □ メガネ □ 湿布などの貼付薬 □ コンタクトレンズ						
チェック日時 年 月	日	M	R担当			