

# MRI検査 金属チェック問診票

患者番号  
患者氏名  
生年月日

診療科  
担当医  
検査予定日時

手術等により体内金属が入っている場合、材質により火傷・事故等に繋がる場合があります。  
安全に検査を行うために、以下の質問にお答え下さい。

1 以下に該当するものが体内にあれば、✓を付けてください。  なし

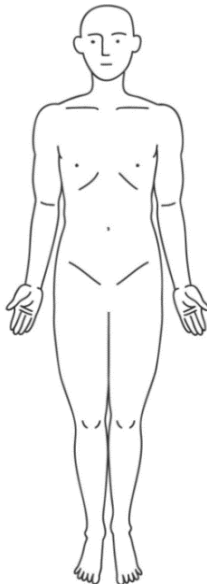
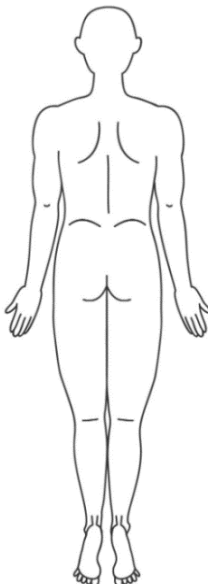
埋込型除細動器  脳深部刺激装置  人工内耳  磁石式の義眼  
⇒チェックあれば中止

ペースメーカ  可変式シャントバルブ  神経刺激装置  脊髄刺激装置  
⇒チェックあれば医療安全マニュアル参照

2 これまでに手術・内視鏡・カテーテル(検査・手術)を受けたり、大きなケガをしたことはありますか？

はい  いいえ

※ はいと答えた方で手術・ケガをされた場合、  
下図の該当部位に○で囲み詳細を記載してください。

内視鏡 (処置・手術)

検査のみ  なし

止血用クリップ  
(ポリープ切除など)

スtent

わからない

その他 ( )

カテーテル (検査・手術)

検査のみ  なし

スtent

わからない

その他 ( )

下記も✓をつけてください。

3 以下に該当する項目があれば、✓を付けて下さい。

妊娠もしくは妊娠の可能  閉所恐怖症  体温調節機能障害

磁石式の入れ歯・インプラント  入れ墨・アートメイク  カラーコンタクトレンズ

持続血糖測定器(リブレ)  ウィッグ・かつら  粉末式増毛剤

ジェルネイル・マグネットネイル

経皮吸収貼付薬 (薬剤名: )

◎上記事項を確認し、検査を行うことに同意します。

技師記入欄 ( 耳栓  イヤーマフ)

記入日 年 月 日

患者又は代理人 署名: 説明者: