

MR I 問診票

MR I 検査は磁石を利用して体の断面図を撮影し病気の原因を調べる検査です。
身体に及ぼす影響が少ない安全な検査ですが、より正確で安心して検査を受けていただくために下記の質問にお答え下さい。

- 1 MR I 検査を受けられるのは、初めてですか？ (はい いいえ)
- 2 あなたは、閉所恐怖症ですか？ (はい いいえ)
- 3 あなたは妊娠していますか？
または、その可能性がありますか？ (はい いいえ わからない)
- 4 いままで手術をしたことがありますか？ (はい いいえ)
(はい) の方は いくつ () どの ()
- 5 いままで大きな病気をしたことがありますか？ 何の ()
- 6 アレルギーはありますか？ (はい いいえ わからない)
- 7 ぜんそくはありますか？ (はい いいえ わからない)
- 8 あなたは、貼薬をしていますか？ (はい いいえ わからない)

検査を承諾いただけますか？

(はい いいえ)

平成 年 月 日 ご本人または代理人署名 ()

『主治医の先生へ』

患者さんにせつかくご来院いただいてもMR I 検査が円滑に施行できない場合がありますので、以下の事項を必ず確認のうえ、ご記入をお願いします。

ペースメーカーの有無 (なし あり)

体内金属 (脳動脈瘤クリップ、ステント、コイル、フィルター、骨折治療用器具など) の有無 (なし あり)

内容 磁性体か否かについて： _____

検査時に患者さんに対する緊急処置が必要な場合は、当院の対応に一任して頂きます。

平成 年 月 日 医師名 ()

放射線科医確認欄 検査可能 ・ 不可

新城市民病院 放射線科