

		検査実施日	MRI検査依頼書
氏名		年 月 日 ()	
生年月日		午前・午後 時 分	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> (右・左) 肩関節
<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> (右・左) 肘関節
<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> (右・左) 手関節
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> (両・右・左) 股関節	<input type="checkbox"/> (右・左) 手
<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> (右・左) 膝関節	<input type="checkbox"/> (右・左) 手舟状骨
<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> (右・左) 足関節	
	<input type="checkbox"/> (右・左) 足	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

造影	有・無	指示 医師		撮影 技師	
		所見	要・不要		

検査目的	
------	--

撮影技師 コメント	
--------------	--

MRI検査問診票

医療法人社団丸山会

検査日 令和 年 月 日

八戸の里病院

氏名 _____

身長 _____ cm

体重 _____ kg

・MRI検査は、強い磁場を使用して検査を行います。
安全に検査を進めるため下記の項目についてご記入及び署名をお願いします。

1 MRI検査を以前に受けたことがある。 【はい・いいえ】

”はい”と答えられた方はいつ頃、どこで受けられましたか？

施設名：当院・その他() (昭和・平成・令和 年 月頃)

2 心臓ペースメーカーを使用している 【はい・いいえ】

3 人工内耳を使用している 【はい・いいえ】

4 除細動器・神経刺激装置・骨成長刺激装置を使用している 【はい・いいえ】

5 磁石を利用した義歯や義眼等がありますか？ 【はい・いいえ】

6 過去に手術やカテーテル治療で医療用素材が体内に入っている。 【はい・いいえ】

”はい”と答えられた方はいつ頃、どこで受けられましたか？

施設名：当院・その他() (昭和・平成・令和 年 月頃)

どこの部位にはいつ入っていますか？ ()

7 入れ墨・アートメイク等をしている 【はい・いいえ】

【低温火傷や変色の可能性があります。】

”はい”と答えられた方は同意して検査を受けられますか？ 【はい・いいえ】

8 閉所恐怖症の可能性ありますか？ 【はい・いいえ】

9 女性の方のみお答えください

妊娠もしくはその可能性がある

【はい・いいえ】

★MRI検査を行う際の注意事項★

上記の質問で”はい”と答えられた方は検査を受けて頂くことができない場合があります。

担当医または係りの者にお申し出ください

※カラーコンタクトレンズや磁性体を含んだ可能性のあるマスカラやアイシャドウ等の化粧品・カイト
シップ・ビップエレキバン等は検査に影響がでたり火傷の可能性があるので検査当日は使用をお控えください。

私は、以上の質問・注意事項を十分理解した上で検査を受けることに同意します。

日付とご署名をお願いします。患者様が未成年や付き添いが必要な方は

ご家族や代理人の方がご署名をお願いします。

令和 年 月 日 本人のご署名 _____

ご家族・代理の方のご署名 _____

続柄: _____

問診の結果MRI施行

可 不可

依頼医師名 _____