

# MRI 検査問診票

令和 年 月 日

名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 男・女 体重 kg

代筆者名前・続柄 \_\_\_\_\_

下記の物を体内に入れている方や該当される方は MRI 検査を受けることができません。必ずお申し出ください。

心臓ペースメーカー、脳動脈瘤クリップ、人工内耳などの医療機器  
妊娠中、または可能性のある方

## 検査を安全に行うために下記の質問にお答えください

今までに MRI 検査を受けられた事がありますか はい・いいえ

手術で身体の中に金属などが入っていますか はい・いいえ

歯の矯正器具、血管用ステント、心臓人工弁、人工関節、義眼、避妊リング、  
義手、義足、鍼治療の鍼、その他 ( )

補聴器は入っていますか はい、いいえ

刺青（タトゥー）は入っていますか はい、いいえ

磁気インプラントの歯はありますか はい・いいえ

狭い所に入って気分が悪くなった事はありますか はい・いいえ

ありがとうございました。上記を確認しました。

山本医院

## 問診表

体温:

°C

(フリガナ) 名前	年	月	日生(才)
	体重:	kg	身長: cm
	要介護・要支援( )ケアマネ( )		
住所〒	電話番号	—	—
	携帯番号	—	—

○いつから…

- 症状  頭痛  めまい  呂律が回らない  
 うまく歩けない  手足に力が入らない  しびれがある  
 物忘れ  ( )年後の再検査  他院からの紹介  
 その他( )

○本日MRIまたはCT検査を希望されますか？(混雑時は待ち時間が長くなります)

- 希望する  後日予約  希望しない

○現在、他の病院などで治療を受けていますか？ はい・いいえ・薬手帳持参

病名

内服薬

病院名

○この1年間で健診(特定検診及び高齢者健診に限る)しましたか？ はい(月)・いいえ

○今までに病気やケガをされたことがありますか？ はい・いいえ

- 高血圧症  糖尿病  高脂血症(高コレステロール血症)  
 心臓病  喘息  緑内障  
 その他( )

○手術を受けた事がありますか？

はい・いいえ 才頃 手術名( )

○下記のなかで該当しているものがありますか？  なし

- ペースメーカー  妊娠中(カ月)  授乳中  血糖測定器  
 人工内耳  刺青(眉毛やタトゥー含む)  インプラント  
 人工弁  体内に金属(クリップ・ステント・コイル・整形外科手術金属など)

○薬・食品でアレルギー症状(発疹や気分不快など)が出たことがありますか？

はい・いいえ 薬・食品の名前( )

○タバコは吸いますか？ はい・いいえ 本/日 × 年

○アルコールは飲みますか？ はい・いいえ /日

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力ををお願いいたします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意します