

提出先 京丹後市立久美浜病院

持参用

MRI問診票 (放射線室へ)

氏名 様

心臓ペースメーカー・除細動器などの体内電子装置を装着していますか	はい	・ いいえ
人工内耳を使用していますか	はい	・ いいえ
脳動脈瘤の手術によるクリップがありますか	はい	可(対応) ・ いいえ
手術による金属（人工関節・プレートなど）がありますか	はい	可(対応) ・ いいえ
脳外科的手術による体内シャントチューブがありますか	はい	可(対応) ・ いいえ
事故・戦争・怪我などで体内に金属が入っていますか	はい	可(対応) ・ いいえ
金属製の人工心臓弁が入っていますか	はい	可(対応) ・ いいえ
心臓・血管・消化管などにステントが入っていますか	はい	可(対応) ・ いいえ
目や体内に金属片が入っていますか	はい	可(対応) ・ いいえ
入れ歯(磁石式も含む)・インプラント・歯科矯正などを使用していますか	はい	可(対応) ・ いいえ
磁石式の人工肛門・導尿管などがありますか	はい	可(対応) ・ いいえ
刺青・アートメイクがありますか	はい	可(対応) ・ いいえ
閉所恐怖症ですか	はい	可(対応) ・ いいえ
妊娠の可能性ががありますか	はい	・ いいえ
MRI検査に必要なため体重をご記入ください		Kg

「はい」と答えられた方は、撮影不可ですがMRI検査が可能な事が確認出来ている方は可に○をして頂ければ検査を行います。

本人署名欄 【 】