

MRI 検査問診票

ID :

年 月 日

フリガナ	ご住所	
氏 名	様	〒 _____
生年月日	電話番号（日中連絡のとれる番号）	
T・S・H・R	年 月 日（ 歳）	_____
男 ・ 女	身長 cm	体重 kg

本日、受診された目的をお聞きます。

1. 今回の受診は下記に該当しますか？

※ 健康保険をご利用の場合は記入不要です
交通事故 労災（工作中・通勤途中）

2. どのような症状ですか？

痛み ・ しびれ ・ 腫れ もの忘れ

その他（ ）

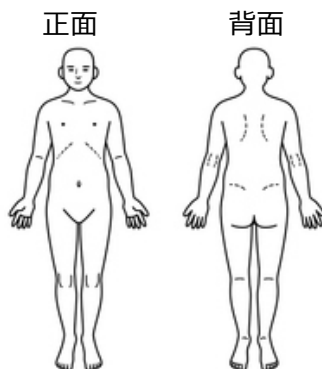
◆ 思いあたる原因

なし ・ あり（ ）

3. 症状はどちらですか？

左側 ・ 両側 ・ 右側

頭部 ・ 首
肩 ・ 腕 ・ 手
胸 ・ 背中 ・ 腰
腹部 ・ 骨盤部
股関節 ・ 膝 ・ 足
（ ）



4. 症状はいつからですか？

年 月 日頃より

詳細（ ）

5. 現在、治療している病気はありますか？

なし ・ あり（ ）

6. 既往歴(過去の傷病、手術歴等)はありますか？

高血圧 高脂血症 気管支喘息 心臓疾患 脳卒中
糖尿病 肝臓疾患 腎臓疾患（ ）がん
その他（ ）

7. 血縁者（父、母など）の既往歴はありますか？

なし ・ あり（ ）

8. 現在、飲んでいる薬はありますか？

なし ・ あり

9. 薬のアレルギーはありますか？

なし ・ あり

該当する項目に○を付けてください。

取り外し可能な貴金属類は検査前に外して頂きます

●心臓ペースメーカー あり ・ なし
●人工内耳 あり ・ なし

※どちらか「あり」の場合検査をお受けいただけません

●血管ステント置換術 あり ・ なし

それはいつですか？ ⇒ 年 月頃

※留置後8週間以内の方は検査をお受けできません

●歯科金属 あり ・ なし

※入れ歯、詰め物、治療のかぶせもの、インプラント、矯正器具等

●脳動脈瘤クリップ あり ・ なし

●金属の義眼底 あり ・ なし

●補聴器 あり ・ なし

●人工心臓弁手術(機械・生体) あり ・ なし

●体内金属(ボルト固定等) あり ・ なし

●刺青、アートメイク あり ・ なし

●閉所恐怖症 あり ・ なし

●妊娠の可能性(14 週未満) あり ・ なし

●カラーコンタクトレンズ あり ・ なし

●その他（ ）

※目にみえない微細な金属片の混入が疑われる方など