

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。

該当する項目に○を付けてください。

1. 今回の受診は下記に該当しますか？
交通事故 労災 (仕事中心・通勤途中)

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

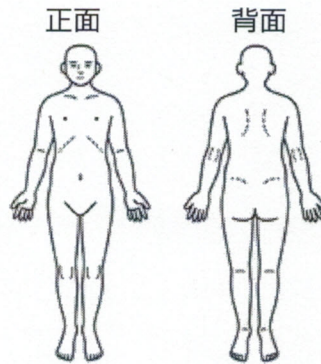
2. どのような症状ですか？
痛み ・ しびれ ・ 腫れ もの忘れ
その他 ()
◆思いあたる原因
なし ・ あり ()

- 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

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
()



- 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

- 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

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