

## 検査様式2

## <問診票にご協力ください>

手術歴や、埋め込み装置などの金属の有無などは、治療上必要としますのでご協力をお願いします。  
以下の質問に、わかる範囲でお答え下さい。

予約日H 年 月 日 曜AM/PM 時  
報告日H 年 月 日 曜AM/PM 時  
※紹介元での診療報告日です。

患者さま本人・家族:黒 PSW:緑 看護師:青 医師(又は最終確認の技師):赤 該当項に○記入  
※"はい"の項につき電子カルテに記録記載

MR検査前での問診になります。

受付NO: ID: 氏名: 年齢: 男・女  
体重 kg 記入日 20 年 月 日

1.心臓や胸部の手術を受けたことがある いいえ はい わからない  
心臓ペースメーカーなどですか いいえ はい わからない  
人工心臓弁・何か心臓や血管内の金属類, 人工物などですか いいえ はい(手術 年頃)  
(リード線, コイル, スtent, 人工血管, フィルター, 他\_\_\_\_\_ )○で囲んで下さい

2.頭部や頸部、背骨の手術を受けたことがある いいえ はい わからない  
脳動脈瘤クリップ(クモ膜下出血の手術) いいえ はい(手術 年頃)  
他、何か頭頸部周辺、背骨に金属類, 人工物を埋め込んでいますか いいえ はい わからない  
(人工内耳・神経刺激装置など・脊柱管内リード線・脊髄刺激装置・脳室シヤント  
・水頭症の手術・他\_\_\_\_\_ )○で囲んで下さい

3.腹部や骨盤の手術を受けたことがある いいえ はい わからない  
消化管出血の止血クリップ, マーキングクリップ いいえ はい わからない  
胆管, 食道, 気管などの金属stent いいえ はい(部位 \_\_\_\_\_)

4.手・肩、足・膝・大腿の手術を受けたことがある いいえ はい わからない  
人工骨頭, 人工関節, 釘など(整形外科の手術) いいえ はい(部位 \_\_\_\_\_)

5.体内に外傷による金属片(銃弾破片や鉄片など)がありますか いいえ はい(部位 \_\_\_\_\_)

6.以下の“金属類や人工的なもの”を身につけていれば、○で囲んで下さい  
補聴器, 義眼, 義足, 義手, 磁石を利用した義歯(入れ歯), 歯列矯正器具,  
コルセット, 鍼(はり)治療の針

◆次のようなものがあればご記入ください

刺青(イレズミ)をしていますか いいえ はい(部位 \_\_\_\_\_)  
カラーコンタクトレンズを使用していますか いいえ はい わからない  
貼り薬を貼っていますか いいえ はい わからない  
妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか(女性のみ) いいえ はい わからない  
閉所恐怖症ですか いいえ はい わからない  
今までにMR検査を受けたことがありますか いいえ はい わからない

※検査前にお手洗いを済ませておいて下さい。

プロフィール登録(金属歴) 済・未  
※問診票は検査科保管

※以上、ご質問等何かございましたら、外来看護師もしくは画像検査室(春田)までお問い合わせください。

記入者の署名 \_\_\_\_\_ H 年 月 日 (本人・続柄 \_\_\_\_\_)

問診担当名 PSW: \_\_\_\_\_ 看護師: \_\_\_\_\_ 実施日: 20\_\_年\_\_月\_\_日\_\_曜日

医師確認: 実施する・検査中止 医師名: \_\_\_\_\_ 最終確認・実施者(技師): \_\_\_\_\_