

様

三宅おおふくクリニックMRI検査予約日: 年 月 日 時 分より

- このMRI問診票は、前もってご自宅でもれなくご記入の上、検査当日三宅おおふくクリニック 受付へ提出してください。
- 検査当日は、予約時間の30分前までに受付を済ませてください。
- 予約変更、ご不明の点がある場合は、三宅おおふくクリニック受付(TEL:086-281-2020)までご連絡ください。

お手数ですが、安心して検査を受けていただくために以下の質問について正確にお答えください。
該当するものに○をつけてください。()にはご記入ください。

※ 問診内容によっては、当日MRI検査が出来ない場合がありますのでご了承ください。

問 診

1. 今までにMRI検査を受けたことがありますか?わからない・はい・いいえ
2. 閉所恐怖症ですか?はい・いいえ
3. 心臓にペースメーカーを使用していますか?はい・いいえ
4. 人工内耳を使用していますか?はい・いいえ
5. 体内に金属が入っていますか、手術などにより入っているとされたことがありますか?
(手術クリップ、ステント、骨折用プレート、人工関節、事故・怪我による金属破片、金属避妊具など)
.....はい・いいえ

※「はい」とお答えの方は、いつ、どの部位に、何を、どこの施設で入れましたか?

年()、部位()、何を()、施設名()

6. 目の中に事故や怪我で金属片が入ったことがありますか、また義眼を使用されていますか?
.....はい・いいえ
- ※「はい」とお答えの方は、いつですか?年()

7. 医療用の薬剤パッチや湿布を使用していますか?はい・いいえ
8. 補聴器などの電子機器を使用していますか?はい・いいえ
9. 刺青・ファッションタトゥー・アートメイクはありますか?はい・いいえ
10. 防寒用下着や金具の付いた下着を使用していますか?はい・いいえ
11. カラーコンタクトレンズやアイメイクを使用していますか?はい・いいえ
12. 現在の体重はいくらですか?(kg)

女性の方へ

13. 最終月経を記入してください。(月 日)(歳閉経) *検査は月経に関係なく行えます。
14. 現在、妊娠またはその可能性がありますか?はい・いいえ

平成 年 月 日

説明者 _____

承諾書

私は上記日程のMRI検査を受けることを承諾します。

平成 年 月 日

患者様(同意人) 署名 _____