

MR I 検査問診票

患者氏名 _____ 様

医療機関名 _____

依頼医師名 _____

MRI 検査を施行するにあたり、患者さんの安全確保及び医療事故を未然に防止するため、以下の事項を確認して依頼医師の署名をお願いいたします。

以下の項目を確認して下さい。

該当する項目の□内にチェック及び身長・体重のご記入をお願いいたします。

心臓ペースメーカー・埋込型除細動器(ICD)をつけていない。

神経刺激装置・脊髄刺激装置・人工内耳が入っていない。

内視鏡クリップが入っていない。

妊娠していない。

詳細不明な体内金属が入っていない。

※脳動脈瘤クリップや人工関節等の体内金属は詳細をご記入ください。

(体内金属： 植込み時期： 年 月)

【身長 . cm】【体重 . kg】

※原則、チェックされていない項目がある場合、MRI 検査を行えませんのでご了承ください。

愛知医科大学メディカルセンター