

MRI検査 問診票

MRI検査を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。
わかる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

氏名 _____ 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. あてはまるものにチェックしてください。

なし	あり	内容
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	西暦1998年以前の脳動脈クリップ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体内埋め込み装置（ICD・人工内耳・神経刺激装置・植込み型ループ心電計・その他）
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インスリンポンプ・持続血糖測定器
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可動型義眼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体内金属がある (時期: _____ 部位: _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	刺青・アートメイクがある (部位: _____)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	増毛スプレー・カラーコンタクト (当日は使用しないでください)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	マスカラ・ラメ入り化粧品 (当日は使用しないでください)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯を矯正中・マグネット義歯を使用中
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	かつら・ウィッグを使用している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金属加工の仕事に従事している
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	乳房エキスパンダー
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠または妊娠の可能性がある (現在妊娠: _____ 週)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症である

2. 今までにMRI検査を受けたことがありますか。

いいえ

はい

いつ頃受けられましたか。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 体重により撮影条件（時間など）が変わりますので

現在の体重を記入して下さい。

体重: _____ kg

4. 乳腺科や婦人科領域の乳腺または骨盤MRI検査を受けられる方のみ 該当する欄についてお答え下さい。

月経周期により画像の見え方が異なります。

①最終月経

_____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 年 _____ 月 _____ 日 (またはその予定)

②月経周期

順調 不順

③月経困難はありますか。

あまりない 軽度 強い

④閉経した年齢は？

年齢: _____ 歳

⑤ホルモン療法を受けたことがありますか。

いいえ

はい

「はい」に☑された方は、下記の当てはまるものに☑してください。

月経困難

不妊

その他(_____)