検査年月日

患者ID

患者氏名

生年月日

**MRI検査　安全確認　問診票**

1. **体内に植え込み型電子医療機器はありますか？**　　　　　□なし　□あり

（ペースメーカ、ICD、人工内耳、神経刺激装置、インスリンポンプなど）

**⇒「あり」の方へ　　条件付MRI対応のものですか？**

□対応　　→（入れた時期 年　　月）　**※予約の際、MRI室に相談してください**

□非対応・不明　→　禁忌です。検査できません。

1. **脳動脈クリップやステントなどはありますか？　　　　　□なし　□あり**

**⇒「あり」の方へ**　　部位　　　　　　　　　　　入れた時期 年　　月

＊脳動脈クリップは、材質が確認できない場合検査できません。

＊ステントは、挿入後6週間以上経過している必要があります。

1. **人工関節・プレートなど体内に固定金属はありますか？　□なし　□あり**

**⇒「あり」の方へ**　　部位　　　　　　　　　　　入れた時期 年　　月

＊体内金属が検査部位の近くにあると、安全性に問題が無くても画像に影響が出る場合があります

1. **刺青・アートメークはありますか？　　　　　　　　　　□なし　□あり**
2. **義歯・義眼（外せるもの）はありますか？　 　　　　□なし　□あり**
3. **閉所恐怖症はありますか？　　　　　　　　　　　　　　□なし　□あり**
4. **検査中、長時間の静止はできますか？　　　　　　　　　□可　　□不可**
5. **女性の方へ　妊娠中である可能性はありますか？　　　　□なし　□あり**

**問診年月日：　　　　年　　　月　　　日　　　　　　確認者：**

**確認年月日：　　　　年　　　月　　　日　　　　　　部門担当者：**