

登録番号

氏名

生年月日

科別

MRI 検査問診票

年 月 日

◎ 検査をするために必要な質問です。下記についてお答え下さい。

【1】 絶対禁忌

- ペースメーカーが入っていますか？ 入っていない 入っている
- 頭の手術を受けたことがありますか？ なし あり
- ありの場合は以下を医師がチェック
- 磁性体クリップによる脳動脈瘤手術（検査絶対禁忌）
 - 脳室腹腔シャント術によるチューブ留置（検査絶対禁忌）
- 現在妊娠していますか？ なし あり
- ありの場合、（ ヶ月） → 妊娠 6 ヶ月以前は検査不可
- 針・釘などを誤って飲んではいませんか？ なし あり

【2】 相対禁忌（患者のリスクとメリットを考慮。検査中患者観察・訴えを聞く）

- 心臓・肺の手術を受けたことがありますか？ なし あり
- （冠動脈ステント・人工弁は基本的には禁忌ではない。）
- 腹部の手術を受けたことがありますか？ なし あり
- 手術により体内に大型の金属（人工関節、プレート、スクリュー）が入っていますか？ なし あり
- 義歯・義眼が入っていますか？ なし あり
- 発熱の可能性があり。外せるものであれば外す。
- ニトロダームを使用していますか？ なし あり
- 発熱の可能性があり。外してください。
- アイメイク、入れ墨をしていませんか？ なし あり
- 眼球内金属片はありませんか？（機械工場、金属工などの職歴チェック）
- なし あり
- 閉所恐怖症ではありませんか？ なし あり

コメント

主治医サイン

診療情報提供書 (医療機器共同利用)

国際医療福祉大学塩谷病院 御中
(地域医療連携室)

〒329-2145 栃木県矢板市富田77
TEL. 0287-44-2722
FAX. 0287-43-4788

平成 年 月 日

依頼医療機関

所在地

医療機関名

電話番号 ()

F A X ()

医師氏名 _____ ㊟

フリガナ			明・大・昭・平		
患者氏名		生年月日	年 月 日	(歳)	男・女

検査希望項目 ※造影 (有り・ 無し)

1. MRI (部位:)	2. C T (部位:)
3. R I (部位:)	4. ESWL (部位:)
5. 骨密度測定	6. マンモグラフィー
7. 血管造影	8. C R

傷病名	
紹介目的	
既往歴 及び 家族歴	
症状・治療経過 及び 検査結果	
現在の処方	
患者の状態	1. 身長 (cm) 2. 体重 (kg) 3. 歩行可・車椅子・ストレッチャー 4. 感染症 (未・無・有 / HB / HC / TPHA / MRSA / 他) 5. 体内外金属 (無・有) 6. 腎機能異常 (無・有) 7. 薬剤過敏 (無・有) 8. 造影剤過敏 (無・有)
備考	※国際医療福祉大学塩谷病院 受診歴 (有・無)