委託契約専用
（MR撮影のみの依頼）

ＭＲ検査問診票

※この用紙はMR検査依頼票と共にFAXしてください。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　問診日＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

生年月日＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日　　情報提供者＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI検査を安全に行うために以下の項目をご確認下さい。

1. 心臓ペースメーカーの有無　　**有 ・ 無**
2. 閉所恐怖症の有無　　**有 ・ 無**
3. 妊娠あるいは妊娠の可能性　　**有 ・ 無**
4. 眼窩内の金属製異物の有無　　**有 ・ 無**
5. 銃弾破片や鉄片などによる外傷の既往　　**有 ・ 無**
6. 手術歴の有無　　**有 ・ 無**
7. 以下の体内金属や異物の有無。

   血管内ステント・人工関節・外科用クリップ・ワイヤー・義歯・義眼

   避妊リング・入れ墨・その他金属(　　)　**・該当無し**

※原則、体内に金属のある方の検査は出来ません。手術等で、**体内に金属**のある方は、下記の項目を**手術施行施設へ確認**しご記入下さい。

病院名

手術日＿＿＿年＿＿＿月 **内容**

インプラント製品名

型式

体内金属はMRIに対応したものですか？　　はい ・ いいえ

※（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様のMR検査実施は

医師自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が許可します。

（体内金属の有無によらず、この欄に署名の無いものは、検査できません。）

※検査当日は、　**コンタクトレンズ ・ 化粧 ・ マニキュア** は

お控え頂くか、はずせられる準備をして頂く様、患者様にお伝えください。

鳥取県中部医師会立　三朝温泉病院