

MR 検査問診票

検査を安全にお受けいただくため、下記の項目についてご記入ください。

※体内に金属が入ってから初めて MR 検査を受けられる方は、

検査当日までに、手術を行った病院で MR 検査が可能かどうかを必ず確認してください。

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前： _____

体重： _____ kg

該当するものにチェックをしてください。

1 過去に MR 検査を受けたことがありますか

なし あり

2 閉所恐怖症がありますか

なし あり

3 妊娠中または、妊娠の可能性がありますか

なし あり

4 1 か月以内に内視鏡検査（胃・大腸）を受けたことがありますか

なし あり

5 治療等で体内に金属がありますか

なし あり → 該当箇所にチェックをしてください

頭頸部	<input type="checkbox"/> 脳深部刺激装置 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 金属の義眼底 <input type="checkbox"/> クリップ <input type="checkbox"/> シャントバルブ <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> 歯科インプラント <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
胸・腹部	<input type="checkbox"/> ペースメーカ <input type="checkbox"/> 脊髄刺激装置 <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> クリップ（止血用含む） <input type="checkbox"/> シャントバルブ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 胸骨ワイヤー <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 埋め込み型心電計 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
整形(骨折等)	<input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> プレート <input type="checkbox"/> ボルト（部位： _____ ）
その他の手術歴、または事故や任意による金属の混入・埋め込みがある方はご記入ください。	

6 体内に金属が入ってから MR 検査を受けたことがありますか

なし あり

ここからは検査当日にご記入ください▼

現在身につけているものにチェックをしてください。検査着に着替える際に外していただきます。

頭部	<input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ <input type="checkbox"/> めがね <input type="checkbox"/> 増毛パウダー・スプレー <input type="checkbox"/> ヘアピン・髪飾り <input type="checkbox"/> 補聴器・イヤホン <input type="checkbox"/> ピアス・イヤリング <input type="checkbox"/> かつら
衣類	<input type="checkbox"/> 金具付き（下着含む） <input type="checkbox"/> 遠赤外線下着
貼り薬等	<input type="checkbox"/> ニュープロパッチ <input type="checkbox"/> ノルスパンテープ <input type="checkbox"/> ニコチネル TTS <input type="checkbox"/> ニトロダーム TTS <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> 鍼灸の針 <input type="checkbox"/> その他貼り薬（ _____ ）
貴重品等	<input type="checkbox"/> ネックレス <input type="checkbox"/> 指輪 <input type="checkbox"/> 時計 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 財布・カードケース
装具・装置	<input type="checkbox"/> 装具・コルセット（部位： _____ ） <input type="checkbox"/> 心電図系・持続血糖測定器等
メイク等	<input type="checkbox"/> アイライン・マスカラ・ラメ入りメイク <input type="checkbox"/> 入れ墨など
その他	<input type="checkbox"/> DIB キャップ（尿道カテーテルのキャップ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

ご記入はここまでです▲

やむを得ず私服で検査する場合は、ポケットの中身を必ず確認してください。確認済み▽

医療者サイン： _____

技師サイン： _____

【問合せ】横浜市立脳卒中・神経脊椎センター地域連携総合相談室

電話 045-753-2500（代表）

令和 7 年 4 月改訂