

MRCP検査問診票

生年月日 年 月 日生

ふりがな
氏名

検査日時 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分

○安全に MRI 検査を受けていただくために、下記の問いにお答えください。

Q1:今までに造影剤を使用した MRI 検査を受けたことがありますか? (はい ・ いいえ)

Q2:Q1で【はい】と答えた方へ その時、副作用等ありましたか? **原則禁忌** (はい ・ いいえ)

吐き気 嘔吐 頭痛 めまい 発疹 蕁麻疹 かゆみ 発熱 腹痛 その他()

Q3:心臓ペースメーカー、人工内耳が体内に埋め込まれていますか? **禁忌** (はい ・ いいえ)

Q4:手術などの治療で体内に金属が埋め込まれていますか? **素材の確認が必要** (はい ・ いいえ)

(素材名: _____)

脳動脈瘤クリップ シャント 外科用クリップ 人工関節 人工心臓弁 金属インプラント

ステント 塞栓用コイル 針治療 歯科矯正 その他 ()

◆Q4で【はい】と答えた方へ

上記手術をいつ頃行いましたか? (S・H・R 年 月頃) 施設名 ()

※ステントや塞栓用コイル等に関して、挿入後8週間以内は原則検査できません。

※平成以前に治療又は手術をした場合は素材の確認が必要です。

治療又は手術後にMRI検査をしたことがありますか? (はい ・ いいえ)

Q5:事故や怪我などで体内に材質不明の金属片がありますか? (はい ・ いいえ)

Q6:金属が含まれている付着物などは身に付けていますか? (はい ・ いいえ)

入れ歯 補聴器 眼鏡 湿布 エレキバン ホッカイロ 携帯電話 鍵類 財布 かつら

義眼 腕時計 ベルト ネックレス ヘアピン 指輪 ピアス ライター 磁気カード類

金属の付いている下着(ブラジャーやボディスーツ等) 遠赤外線下着やヒートテック コルセット

経皮吸収貼付剤(ニトロダーム・ニコチネルパッチ等) 避妊器具 ウイッグ(ヘアエクステ)

ネイルアート(つけ爪、ラメ入りマニキュア、ジェルネイルなど) つけまつ毛 まつ毛エクステ

UVケア用品(クリーム・スプレー・パウダーを含む) その他()

Q7:高度の閉所恐怖症ですか? (はい ・ いいえ)

Q8:カラーコンタクトレンズや瞳の輪郭を強調するコンタクトレンズを着用していますか?

※火傷の可能性があり、原則外していただきます **原則禁忌** (はい ・ いいえ)

Q9:刺青やアートメイク(永久アイライン・眉毛)をしていますか? (はい ・ いいえ)

※変色や火傷の可能性があり **原則禁忌**

Q10:アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか? (はい ・ いいえ)

蕁麻疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 食物 薬剤 その他()

Q11:消化管穿孔またその疑いがあるといわれたことがありますか? **原則禁忌** (はい ・ いいえ)

Q12:経口抗生物質や経口抗菌剤を内服していますか?

※経口造影剤により薬剤の作用が減弱するおそれがあります (はい ・ いいえ)

Q13:女性の方へ質問です。

○妊娠又はその可能性がありますか? また、現在授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

○マスカラやアイライン等の化粧をされていますか? (はい ・ いいえ)

※火傷の可能性があり、原則化粧を落とさせていただきます **原則禁忌**

問診者サイン _____