③MRI 検査問診票（当日、必ず持参してください）

該当する□にチェックをしてください。

1　下記は検査できません。

□ペースメーカー埋込（※MRI 対応ペースメーカーでも当院では検査できません）
□人工内耳埋込　　□該当なし

2　下記は取り外せば検査可能です。（※カラコン、アイメイクはせずにご来院ください）

□カラーコンタクト　□入れ歯　□化粧（特にマスカラ・アイシャドーなど）　□補聴器
□貼り薬（心臓の貼薬、金属入の貼薬など）　□白髪染め（スプレーや粉末の物）　□義肢義足
□針や金属のついた貼薬（例：ピップエレキバン）　□ピアス・ネックレスなどの貴金属
□インスリンポンプまたはグルコース測定器　□ヒートテック等の機能性下着
□該当なし

3　下記はご本人の同意があれば検査可能です。

□入れ墨　□磁石固定の義歯　　□該当なし

4　下記は検査できない場合があります。（ご相談ください）

□ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ　□閉所恐怖症　□義眼　□体内に残っている金属類の破片
□妊娠　□内視鏡検査（１ヶ月以内に受けた方）　□歯科矯正中（金属を使用）
□該当なし

5　下記の手術をしたことがありますか？（ご相談ください）

□脳動脈瘤クリッピング術　□人工関節置換術　□ステント・コイル留置術
□水頭症のバルブシャント術　□内視鏡手術（クリップ）　□該当なし
・いつ行いましたか　　才（　　年ごろ）
・その手術のあとに MRI 検査をしたことがありますか？　□ある　□ない

6　（妊娠中の方のみ）現在、妊娠何週目ですか？　　週目
＊１２週目までの方は検査できない場合がありますのでご相談ください。

7　※婦人科骨盤内検査の場合、チェックをしてください

（筋肉注射によりブスコパンを使用する場合があります）
※ブスコパン注射により、検査中の蠕動運動を一時的に止めることで、より精度の高い画像を得られます。

下記の疾患はありますか？

□ 緑内障　□前立腺肥大　□心疾患　□該当なし

＊造影検査の方は以下の問いにお答えください。（造影検査ができない場合があります）

8　気管支ぜんそくはありますか？　□ある　□ない
（※ぜんそく「あり」で造影検査を希望の場合、必ずご相談ください）

9　アレルギーはありますか？　□ある　□ない
アレルギーの内容はなんですか？　□薬物　□食物　□花粉症　□アトピー　その他

10　今までに造影剤で気分が悪くなったことがありますか？
□ある　□ない　□今までに造影剤を使用したことがない

年　　月　　日　　患者署名

※患者本人が記載できない場合は患者署名と代理人署名をお願いします。

代理人署名　　（患者との続柄）

※<担当者記載欄>・担当者名：　　・問診確認：　すみ　　・注意事項：　なし　あり

2026年3月2日　改訂