委託契約専用
（MRI撮影のみの依頼）

MRI検査問診票

※この用紙はMRI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・シャントバルブ・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MRI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、　カラーコンタクトレンズ ・ 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