

MRI検査問診票

ID 氏名 様
検査予定日 平成 年 月 日
予約時間 時 分

1. 脳動脈瘤クリップが脳内にありますか。 無 有
2. 義歯（入れ歯、インプラント）はありますか。 無 有
3. 心臓ペースメーカー・植え込み除細動器を使用していますか。 無 有
4. 人工関節はありますか。 無 有

→ 有と答えた方へ (いつごろ ____ 年 部位 _____ 材質 _____)
(いつごろ ____ 年 部位 _____ 材質 _____)

5. 体内に金属類の埋め込みはありますか。 無 有

→ 有と答えた方へ (いつごろ ____ 年 部位 _____ 材質 _____)
(いつごろ ____ 年 部位 _____ 材質 _____)

6. その他の手術をされたことがありますか。 無 有

→ 有と答えた方へ (いつごろ ____ 年 部位 _____ 材質 _____)
(いつごろ ____ 年 部位 _____ 材質 _____)

7. 閉所恐怖症はありますか。 無 有

8. 女性の方へ。妊娠中または妊娠の可能性はありますか。 無 有

問診日 平成 年 月 日
問診者 氏名

☆検査当日は、問診表をお持ちください。

武蔵野総合クリニック TEL 042-497-8571 / FAX 042-497-8561