

問 診 表

(フリガナ)	男・女	M・T・S・H	年	月	日	生 才
氏名		体温	°C	体重	kg	
		介護保険	あり(介護度		)なし	
〒	(電話番号	—	—			)
住所	(携帯番号	—	—			)

いつから・・・

症状 ☐ 頭痛 ☐ めまい ☐ 呂律が回らない
☐ うまく歩けない ☐ 手足に力が入らない ☐ しびれがある
☐ 物忘れ ☐ ()年後の再検査
☐ その他()

本日 MRI または CT 検査を希望されますか？(混雑時は待ち時間が長くなります)

☐ 希望する ☐ 後日予約 ☐ 希望しない

現在、他の病院などで治療を受けていますか？ はい ・ いいえ ・ 薬手帳持参

病 名

内服薬

病院名

今までに病気やケガをされたことがありますか？ はい ・ いいえ

☐ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症(高コレステロール血症)
☐ 心臓病 ☐ 喘息 ☐ 緑内障
☐ その他()

手術を受けた事がありますか？ はい ・ いいえ
 才頃 何の手術()

下記のなかで該当しているものがありますか？ ☐ なし

☐ ペースメーカー ☐ 妊娠中(カ月) ☐ 授乳中
☐ 人工内耳 ☐ 刺青(眉毛やタトゥー含) ☐ インプラント
☐ 人工弁 ☐ 体内に金属(クリップ・ステント・コイル・整形外科手術金属など)

薬でアレルギー症状(発疹や気分不快など)が出たことがありますか？ はい ・ いいえ
 薬の名前()

タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ 本/日 × 年
 アルコールは飲みますか？ はい ・ いいえ /日

その他の相談・希望がありましたら、下記にご記入ください

MRI 検査問診票

平成 年 月 日

名前 年齢 男・女 体重 kg

代筆者名前・続柄

下記の物を体内に入れている方や該当される方は MRI 検査を受けることができません。必ずお申し出ください。

心臓ペースメーカー、脳動脈瘤クリップ、人工内耳などの医療機器
妊娠中、または可能性のある方

検査を安全に行うために下記の質問にお答えください

今までに MRI 検査を受けられた事がありますか はい・いいえ

手術で身体の中に金属などが入っていますか はい・いいえ

歯の矯正器具、血管用ステント、心臓人工弁、人工関節、義眼、避妊リング、
義手、義足、鍼治療の鍼、その他（ ）

補聴器は入っていますか はい、いいえ

刺青（タトゥー）は入っていますか はい、いいえ

磁気インプラントの歯はありますか はい・いいえ

狭い所に入って気分が悪くなった事がありますか はい・いいえ

ありがとうございました。上記を確認しました。