

MRI・CT 問診票（他院患者さん用）

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院 ID： _____ (お持ちの場合のみ)

名 前： _____ 男・女

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

○ 注意事項

* 予約制ではありませんが、円滑な検査のため、来院前（可能なら前日）に

クリニックへご連絡ください TEL027-260-7007

* 急患などにより、お待たせすることがございますのでご了承下さい

* ご不明な点、ご不安な点がございましたら、スタッフにご相談ください

● MRI をお受けになる方は下記にお答えください

MRI の検査をしたことがありますか？	はい・いいえ
体内に金属が入っていますか？ (ペースメーカー・クリップ・コイル・ステント・シャントバルブ・人工弁・人工関節・磁気義眼・人工内耳・人工肛門磁性アタッチメント・インプラントなど (入っている場合は、○をつけて下さい))	はい・いいえ
時計・ネックレス・ベルト・ヘアピン・かつら・増毛スプレー等をしていますか？	はい・いいえ
ズボン、スカート、上着のポケットになにか入っていますか？	はい・いいえ
貼付薬（湿布、パッチ等）を貼っていますか？	はい・いいえ
入れ歯・補聴器はしていますか？	はい・いいえ
ピップエレキバンやカイロを貼っていますか？	はい・いいえ
閉所恐怖症ですか？（狭いところが苦手ですか？）	はい・いいえ
刺青（アートメイク）を入れていますか？	はい・いいえ
カラーコンタクトレンズはしていますか？	はい・いいえ
妊娠、または妊娠の可能性がありますか？（13 週未満の安全が確立していません）	はい・いいえ (女性の方のみ)
体重をお教えてください	_____ kg

● CT をお受けになる方は下記にお答えください。

ペースメーカーをしていますか？	はい・いいえ
妊娠、または妊娠の可能性がありますか？（妊娠 13 週未満の安全が確立していません）	はい・いいえ (女性の方のみ)

※ 記載いただき、検査日にご持参ください

ふじまきクリニック