

・ご協力ありがとうございます。紹介状をお持ちの方もご記入をお願いいたします。

* 熱、下痢、嘔吐などの症状がある方は診察の前に受付にお知らせ下さい。

お名前 _____ 身長 _____ cm、 体重 _____ kg

ご連絡先 ご自宅： _____ 携帯電話： _____

※ご連絡先は必ず記入願います。携帯電話をお持ちの方は携帯番号も記入願います。

1. どのような症状で受診されましたか？*紹介状をお持ちの方もご記入ください

2. いつころ始まりましたか？

3. そのために（紹介状の病院以外に）受診した病院はありますか？

・ない ・ある （病院名： _____）

（紹介状をお持ちでない方へ）当院を紹介して下さった方や病院があれば教えて下さい

4. 持病を教えてください（*お薬手帳がありましたら看護師にお見せ下さい）

（1）なし （2）高血圧 （3）低血圧 （4）糖尿病 （5）ぜんそく

（6）その他（ _____ ）

5. 今までかかった病気や受けた手術を教えてください。

・ない ・ある （ _____ ）

6. ふだんの生活について教えてください

（1）お酒は飲みますか？ ・飲まない ・飲む → 毎日 ・ 週に _____ 回 ・ 時々

お酒の種類： _____ 飲む量： _____

（2）タバコは吸いますか？ ・吸わない ・吸う → 1 日 _____ 本

（3）アレルギーはありますか？

・ない ・ある → 詳しく教えてください（ _____ ）

* 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

* 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

MRI問診票

作成日

年

月

日

ID

患者氏名

様

医師名

体重 kg (最近の体重を教えてください)

看護師名

① MRIの検査を受けたことはありますか	☐ ある	☐ ない
② 現在、体内に金属等が入っている	☐ ある	☐ ない
～『ある』とお答えの方は、いつ挿入したかと、該当するものにチェックをお願いします		
☐ 心臓ペースメーカー		
☐ 心臓人工弁	(手術	年 月)
☐ 脳動脈瘤のクリップ	(手術	年 月)
☐ シヤント	(手術	年 月)
☐ スtent (部位:)	(手術	年 月)
☐ 脳深部刺激の電極	(手術	年 月)
☐ 人工関節 (部位:)	(手術	年 月)
☐ クリップ、骨固定用金属(部位:)	(手術	年 月)
☐ 人工内耳	(手術	年 月)
☐ 上記以外 ※どのようなものが入っているかご記入下さい		
いつ頃: 年 月 疾患または部位:		
③ 歯科用インプラントがある	☐ ある	☐ ない
④ 刺青(タトゥー・アートメイク)がある	☐ ある	☐ ない
⑤ 閉所恐怖症がある	☐ ある	☐ ない

以下の物を使用されている場合は、検査前にはずして頂きます

⑥ 補聴器を使用している	☐ ある	☐ ない
⑦ 義眼がある	☐ ある	☐ ない
⑧ コンタクトレンズを使用している	☐ ある	☐ ない
⑨ 入れ歯を使用している(銀歯や差し歯は大丈夫です)	☐ ある	☐ ない
⑩ かつら、ウィッグ、増毛スプレーを使用している	☐ ある	☐ ない
⑪ シップ、MRI禁忌の貼り薬を使用している	☐ ある	☐ ない
☐ 湿布 ☐ ノルスバンテープ ☐ ニトロダームTTS ☐ ニコチネルTTS		
MRI禁忌の貼り薬 交換日時		日 時

女性の方にお聞きします

⑫ 妊娠中およびその可能性がある	☐ ある	☐ ない
⑬ 子宮内避妊具が体内にある	☐ ある	☐ ない
⑭ 化粧品に金属がある(ラメ入りのアイシャドウやマニキュア等)	☐ ある	☐ ない

備考欄

体内にある金属類は、故障したり位置が移動して体内を傷つけたり、発熱するなどの事故が起こる可能性があります

また、刺青・化粧等に関しては、やけどや変色する場合があります

問診にご協力頂きますようよろしくお願い致します

北海道脳神経内科病院 診療部 検査課