MRI・CT 問診票

より安全かつ円滑に検査をお受けいただく為に、下記注意事項をご一読の上、問診事項は検査日当日の状態をお答え下さい

○　注意事項

*円滑な検査の為【来院時間】までに、１階総合受付までお越し下さい。
*腹部検査、造影検査の方は食事制限がございます。検査の4時間前までに食事を済ませる様お願い致します（水分制限はありませんが、お水や無糖のお茶等にして下さい）。
*下記問診において「はい」がある方は検査を受けられない場合があります。事前に主治医にご相談下さい。
*以下の物は破損や発熱の可能性がある為、検査室内に持ち込む事が出来ません。
・補聴器　・腕時計　・携帯電話　・使い捨てカイロ　・財布(カード含む)　・ヘアピン等
*検査の内容などにより、開始時間がずれることがございますのでご了承下さい。

●　MRIをお受けになる方は下記にお答え下さい

	はい	いいえ
① ペースメーカー（ワイヤー含む）、埋め込み式除細動器（ICD)を使用していますか	□	□
② 手術・事故等で体内に金属がありますか	□	□
③ ②で「はい」とお答えの方、部位と種類を教えて下さい 部位（　　）　種類（　　）		
④ 経皮吸収剤（ニトロダーム、ニコチンパッチ等）を使用していますか	□	□
⑤ 閉所恐怖症ですか	□	□
⑥ 刺青・アートメイク等がありますか	□	□
⑦ 入れ歯・インプラントはありますか	□	□
⑧ 歯列矯正中ですか	□	□
⑨ カラーコンタクトレンズ（ディファイン含む）を使用していますか	□	□
女性の方のみお答え下さい		
⑩ 現在妊娠している、あるいは可能性はありますか	□	□

●　CTをお受けになる方は下記にお答え下さい

	はい	いいえ
① ペースメーカーを使用していますか	□	□
女性の方のみお答え下さい		
② 現在妊娠している、あるいは可能性はありますか	□	□

平成　　年　　月　　日

受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人財団　健貢会　東京クリニック
TEL：03-3516-7151　FAX：03-3516-7152