

MRI検査問診票（造影なし）

紹介元 医療機関名 _____

検査日 _____年 _____月 _____日

お名前 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日（ _____歳） 男・女 _____ 体重 _____ kg

1. 心臓ペースメーカーや、植え込み型除細動器(ICD)などが体内にありますか？
【 あり ・ なし 】
2. 体内に脳動脈瘤クリップや人工関節などの金属が埋め込まれていますか？
【 あり ・ なし 】
3. 閉所恐怖症などで狭いところが苦手ですか？
【 はい ・ いいえ 】

記入日 _____年 _____月 _____日