

お名前 _____ 様 _____ 歳 _____ 男 女

この問診票はMRI・CT検査を安全かつ確実にを行うために必要ですので、おわかりになれる範囲でご記入ください。
(□には該当する方にチェックを入れてください。)

- ・現在の体重 _____ kg
- ・じっとしてられないほどの痛みがありますか？ ---□はい □いいえ
- ・閉所恐怖症がありますか？ ---□はい □いいえ
- ・脳動脈瘤の手術をしていますか？ ---□はい □いいえ
- ・刺青（いれずみ）をしていますか？ ---□はい □いいえ
- ・補聴器をつけていますか？ ---□はい □いいえ
- ・以下の精密機器が体内に入っていますか？ ---□はい □いいえ
- 心臓ペースメーカー □人工内耳 □脳脊髄刺激電極
□埋込型除細動器 □磁石式人工肛門 □金属製義眼
□その他の体内金属 具体的に (_____)
- ・カラーコンタクトレンズをつけていますか？ ---□はい □いいえ
- ・アートミクロンなどの白髪隠しや増毛剤をつけていますか？ ---□はい □いいえ
- ・ネイルアート（マグネットネイル・ジェルネイル）、マスカラ、アイシャドー、ラメの入った化粧などされていますか？ ---□はい □いいえ
- ・今まで造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ ---□はい □いいえ
- はいの場合、何か副作用ありましたか？ ---□はい □いいえ
- はい の場合、具体的な症状を記載してください。
(_____)
- ・アレルギー性の病気やアレルギー体質がありますか？ ---□はい □いいえ
- はい の場合、(ぜんそく・じんましん・その他 _____)
- 飲み薬・注射の副作用 (_____)
- 食べ物によるアレルギー (_____)
- ・糖尿病の治療中ですか？ ---□はい □いいえ
- はい の場合 (お薬の名前 _____)
- ・今までに重い病気にかかったことがありますか？ ---□はい □いいえ
- はい の場合 (病名 _____)
- ・今までに手術を受けたことがありますか？ ---□はい □いいえ
- はい の場合、いつ頃 (_____) 病名 (_____)
- ※女性の方へ …… 現在、妊娠していますか？ ---□はい □いいえ □疑わしい

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日