

# 脳ドック（頭部 MRI）を受けられる方へ

## ～ 問診表記入のお願いと注意事項について ～

JA 高知健診センター

MRI 検査は強力な磁石の力を用いて行う検査です。

体の中に人工的なものや金属を入れている方が検査を受けると、磁石の力で

- ・体内装置が正常に作動しなくなる
- ・金属が引っ張られて移動する
- ・やけどをする

などのおそれがあります。

安全に検査を受けていただくため下記の注意事項をよく読み、問診票の記入をお願いいたします。

刺青やタトゥー、永久的なアイラインや眉も、発熱・やけど・変色の原因となる可能性があります。

歯のインプラントを挿入している場合、判定に影響が出る可能性があります。

頭部外傷や耳・眼の重篤な疾患の手術後、難聴、眼内レンズを挿入している場合などは、疾患や異物の判断に必要ですので記入をお願いします。

問診票の内容によっては、MRI をお勧めしない場合がございます。

また、上記の理由によって判定不十分となった場合、返金等の対応は行っていないことをご了承ください。

# 脳ドック検査問診票(MRI健診用)

下記の質問に当てはまるものに○を、( )はお答えください。

依頼科: JA高知健診センター	日付: 年 月 日
1・体の中に金属を入れている ( はい ・ いいえ ) * 「はい」と答えられた方は、下記の当てはまるものに○をつけてください。 <ul style="list-style-type: none"><li>・ 心臓ペースメーカーを入れている</li><li>・ 骨を金属で止めている</li><li>・ 人工関節を入れている</li><li>・ 脳動脈クリップを使用している</li><li>・ 手術や止血処置のため金属クリップを使用している</li><li>・ 血管や消化管にステントという金属を入れている</li><li>・ 人工心臓弁を使用している</li><li>・ 避妊用具(リングなど)</li><li>・ 磁気インプラント(歯科用)を挿入している</li><li>・ 水頭症治療用のシャント(コッドマン式可変式バルブシャントシステム)を挿入している</li><li>・ その他( )</li></ul>	
2・刺青やタトゥ、永久的なアイラインや眉がある ( はい ・ いいえ )	
3・人工内耳を入れている ( はい ・ いいえ )	
4・義眼を入れている ( はい ・ いいえ )	
5・補聴器・入れ歯・カラーコンタクトを使用している ( はい ・ いいえ )	
6・経皮吸収パッチ(心臓病の貼り薬やニコチンパッチなど)を使用している ( はい ・ いいえ )(薬剤名 )	
7・狭いところが苦手(閉所恐怖症など)である ( はい ・ いいえ )	
8・妊娠中もしくは妊娠している可能性がある ( はい ・ いいえ )	
9・頭部外傷と診断されたことがある ( はい ・ いいえ )	
「はい」とお答えの方 → (いつ: ) (どの部位: ) (検査や処置は?: した ・ しない )	
10・脳に疾患があるといわれたことがある ( はい ・ いいえ )	↓ 「した」方
「はい」とお答えの方 → (いつから: ) (疾患名: )	検査・処置内容は? CT MRI 縫合 手術 その他 ( )
11・難聴がある ( はい ・ いいえ )	
12・耳や眼の重篤な疾患の手術後である ( はい ・ いいえ )	
(いつ ) 何の手術( )	
13・眼内レンズを挿入している ( はい ・ いいえ )	
14・疾患が見つかった際、治療の希望はありますか? ( <u>はい</u> ・ いいえ )	
15・その他、気になる事や医師に伝えておきたい事がございましたらご記入ください ( )	
氏名	* (ID ) * 確認者( )
* は記入しなくてかまいません	
技師確認欄	検査日 : 年 月 日