**CT・MRI　問診票**

氏名：アサヒノ　タロウ

生年月日：2020/01/01

* **ご記入をお願いします。**

1. 心臓ペースメーカー 　有　・　　無
2. 埋め込み型除細動器（ICD） 　有　・　　無
3. 感染症 　有　・　　無
4. 妊娠の可能性 　有　・　　無

* **MRI検査希望の方は以下もお答えください。**

1. 手術歴、体内に埋め込まれた金属類や人工的なものがあれば

全てご記入ください。検査前に診療放射線技師から確認があります。

・手術部位 / 疾患名　こちらに入力して下さい 手術年 例）H10年ごろ

・手術部位 / 疾患名　こちらに入力して下さい 手術年 例）H10年ごろ

・手術部位 / 疾患名　こちらに入力して下さい 手術年 例）H10年ごろ

・手術部位 / 疾患名　こちらに入力して下さい 手術年 例）H10年ごろ

・手術部位 / 疾患名　こちらに入力して下さい 手術年 例）H10年ごろ

1. 今までにMRI検査を受けたことはありますか 　有　・　　無
2. 閉所恐怖症はありますか 　有　・　　無
3. 刺青などをしていますか 　有　・　　無
4. 次にあげるもので該当するものに☑をお願いします。

また、該当項目は可能な限り身に着けずに検査に来ていただくようご案内お願いします。

入れ歯 鍼（はり）治療の針

マグネットタイプのインプラント コンタクトレンズ

補聴器 貼り薬（ニトロダームTTS等）