

MRI検査問診票

稲毛海岸脳神経外科クリニック

①以前にMRI検査を受けたことがありますか？ 時期（ ） 病院名（ ） 異常所見を指摘されたことはありますか？ （ ）	はい・いいえ			
②体内に金属が入っていますか？ 心臓ペースメーカー・水頭症シャント・人工内耳 脳動脈クリップ・ステント・人工弁・人工関節 骨折接合用ネジ・ボルト・歯科インプラント コイル・消化管止血クリップ・人工眼球 その他（ ）	はい・いいえ			
③タトゥー（刺青）や ラメ入りメイクはありますか？ 眉毛・マスカラ・アイライン	はい・いいえ			
④貼り薬はありませんか？ カイロ・エレキバン・湿布等	はい・いいえ			
⑤閉所恐怖症ですか？	はい・いいえ			
⑥身につけている金属類はありますか？○をつけて下さい 入れ歯・義手義足・コンタクトレンズ・補聴器 カツラ・メガネ・時計・ベルト・アクセサリー	はい・いいえ			
⑦現在妊娠の可能性はありますか？	はい・いいえ			
	スタッフサイン			

同意書

MRI検査に関する概要と注意事項の理解ができましたので、検査を受けることに同意します。

20 年 月 日

署名（本人又は代理人） 氏名

脳神経外科問診票

稲毛海岸脳神経外科クリニック

フリガナ

氏名 男・女 S/H/R 年 月 日生 (才)

〒

住所

TEL

携帯

身長 cm 体重 kg

(当日受付にて測定→) 体温 血圧 / 脈拍

①受診を希望される理由をお聞かせください。

あてはまる症状に○をつけてください。

けが (交通事故・仕事中・通勤途中・その他)

頭痛 頭が重い 肩こり けいれん めまい 吐き気 おう吐

手足のしびれ 言葉をしゃべりにくい ろれつがまわらない 物忘れ

その他 ()

いつ頃からですか? ()

②他の病院でもらっている薬はありますか?

はいの方は、当日お薬手帳をご持参下さい。

はい・いいえ

③今までかかった病気があれば○をつけてください。

高血圧 高脂血症 糖尿病 心臓病 肝臓病 リウマチ

腎臓病 喘息 脳梗塞 脳出血 くも膜下出血

家族既往歴 ()

その他 ()

はい・いいえ

④今までに入院、手術をしたことがありますか?

いつ頃 何を

()

はい・いいえ

⑤薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか?

薬 ()

食べ物 ()

その他 ()

はい・いいえ