

# CT・MRI 検査問診票

患者様氏名：  
\_\_\_\_\_

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

紹介元医療機関の所在地及び名称

ご担当医師名  
\_\_\_\_\_

**CT・MRI 共通** 必ず記入してください

傷病名・検査目的  
\_\_\_\_\_

部位  頭部( )  頸部( )  脊椎( )  
 腹部( )  骨盤部( )  その他  
 上肢( )  下肢( ) ( )

備考 ※ 撮像断面（矢状断・冠状断）撮像法（MRA）等、具体的な要望があればご記入ください。

☆ MRI チェックリスト（必ず記入してください）

《禁忌》 この項目に該当する場合、当院では検査できません。

心臓ペースメーカー (有・無) 人工内耳・中耳 (有・無)  
頭蓋内クリップ・コイル (有・無) 血管内ステント (有・無)  
心臓の人工弁 (有・無) 身体に刺青 (有・無)  
妊娠初期・妊娠の可能性 (有・無) ショント (有・無)

《注意》 検査ができない場合や磁場の乱れ等により良好な画像を得られない場合があります。

閉所恐怖症 (有・無) 可動性義眼 (有・無)  
避妊リング (有・無) てんかん (有・無)  
骨折固定金属・人工関節 (有・無) 重症不整脈 (有・無)  
体内に金属が入っている (有・無) 義手・義足 (有・無)

☆ CT チェックリスト（必ず記入してください）

《注意》 検査ができない場合があります。

心臓ペースメーカー (有・無) 妊娠もしくは可能性 (有・無)