

MRI検査問診票 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・脳室シャント・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）や特殊メイクはありますか？ 眉毛・マスカラ・アイライン・特殊な口紅等	はい・いいえ
④貼り薬はありますか？ 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？ 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

当院を何で知りましたか？

インターネット・知人の紹介・チラシ・クリニック看板・駅看板・ちいき新聞

同意書

MRI検査の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

著名（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

お名前

①本日、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・工作中・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？ 本日お薬手帳をお持ちですか？ いいえの方はお薬のお名前を記入してください。 （ ）	はい・いいえ 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 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