****

＊なお医療機関の事情により受付時間の繰り上げを

個別にお願いする場合がございますことご了承ください。

**脳MRI健診　問診票**

**★事前にご記入の上、予約時刻の１５分前までに受付＊にお渡し下さい。**

**★本人確認のため「健康保険証」を必ずご持参ください**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診日 | 西暦　 　　　　　年　　　月　　　日(　　) | TEL | (　　) 　―　 |
| ふりがな氏名 |  | 会社名 |  |
| 部署名 | 営業所 |
| 生年月日 | 西暦　 　　　　年　　　月 　　日(　　歳) | 性別 | 男　　・　　女 |
| 自宅住所 | 〒 |
| 健診結果送付先 | 〒　　 |

**注意事項**●**次のような方は健診を受けられません**

**・心臓ペースメーカー/植込み型除細動器(ICD)/人工内耳/可動型義眼/体内神経刺激器を装着している方**

**・人工心臓弁を入れている方 ・妊娠の可能性がある方**

**●また、次のような方は健診が受けられない場合があります**

**・体内に金属が入っている方(歯の詰物は問題ありません)⇒人工関節/脳動脈クリップ/外科用クリップ等**

 **・他の医療機関でＭＲＩ検査を禁止されている方**

 　　　　　●**カラーコンタクトレンズ/ヘアピン/髪留め/カツラ/アクセサリ―/クレジットカード腕時計/携帯電話/**

**貼付用磁気治療薬(エレキバン等)/使い捨てカイロは健診前に取り外していただきます**

**★わからないことがありましたら、その旨当日検査担当技師へご質問ください**

**★**選択肢の中から該当するものに○、また、空欄は（　　　）のなかにできるだけ具体的にご記入下さい

**①安全に検査を実施する為の確認事項**

 **A)心臓ペースメーカー/植込み型除細動器(ICD)/人工内耳/可動型義眼/体内神経刺激器を使用していますか?**

 はい　・　いいえ **「はい」の方　→　健診をお受けいただくことができません**

 **B)体内に金属はありますか? (ただし、歯の詰め物は除きます)**

 はい　・　いいえ 「はい」の方　→　金属の種類( ) 場所( )

　　　　　　　 時期(西暦　　　 年 　 月 日頃 )

  **C)これまでに頭部の外科手術を受けたことがありますか?**

はい　・　いいえ　　 「はい」の方　→ 病名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

 病院名( )

 時期( 西暦　　 年 　 月 日頃 )

  **D)義歯（取り外しのできる歯）はありますか?**

はい　・　いいえ 「はい」の方　→ 検査前に外してください

  **E)狭いところに入ると気分が悪くなったり冷や汗が出たりすることはありますか?**

はい　・　いいえ

  **F)刺青(アートメイク/アイライナーも含む)はありますか? ※極めて稀にやけどや変色の恐れがあります**

はい　・　いいえ　　　 「はい」の方 → 上記の可能性を了承された場合のみ検査を行います

 **G)女性のみお答えください　現在、妊娠中ですか?　または妊娠の可能性がありますか?**

 **※胎児への危険性や安全性は確立されておりません**

　　　　はい　・　いいえ　　　 「はい」の方　→　上記※の内容を了承された場合のみ検査を行います

# **②脳健診に関する質問**

**今までにＭＲＩの検査を受けたことがありますか?**

はい　・　いいえ 「はい」の方　→ 病院名( )

 時期(西暦　　　 年 　 月 日頃 )

**③生活習慣病に関する質問**

 **今までに医師に指摘されたり、習慣的に行っている項目があれば、○で囲んで下さい**

1　高血圧　　2　高コレステロール　　3　高中性脂肪　　4　糖尿病　　5　肥満　　6　喫煙

7　飲酒　　8　ストレス　　9　家族の中に脳卒中になった者がいる

**これで問診は終了です　― 受診の際、必ずご持参下さい ―**