

フリガナ	
患者氏名	男・女
生年月日	T S H R 年 月 日
MRI検査日	年 月 日

延岡共立病院記入欄	確認者
患者ID	

紹介元	
施設名	

問診者

MRI検査問診票（紹介用）

閉所恐怖症 なし あり

手術歴 なし あり（ ）

既往歴 なし あり

狭心症 心筋梗塞 緑内障 前立腺肥大

その他（ ）

体内金属 なし あり ※体内金属がある場合はMRI対応のものかを確認してください

心臓ペースメーカー 心臓人工弁 脳動脈瘤クリップ

人工骨頭 人工関節 骨折の固定板

その他（ ）

コンタクトレンズ なし あり

補聴器 なし あり

刺青 なし あり

化粧 なし あり

妊娠 なし あり

体重（ ） kg

問診の結果の問題はありません。

年 月 日 医師名： _____

