

# 初診時間診票

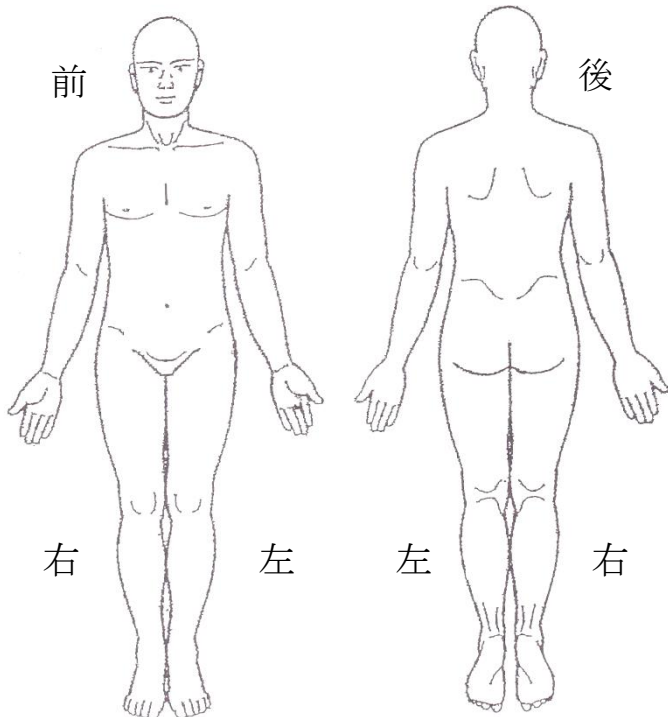
お名前 \_\_\_\_\_

① お仕事の内容を教えてください。  
 デスクワーク、軽作業、重労働  
 その他( )  
 差支えなければご職業を教えてください。  
 ( )

② 日常の活動について教えてください。  
 スポーツ( )  
 農作業 する しない

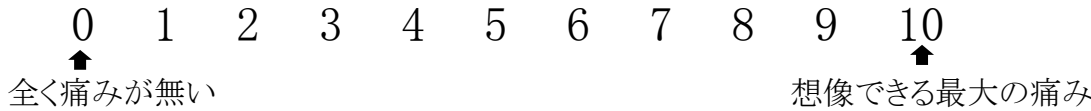
③ 現在お困りの症状は何ですか？  
 痛み(首・背中・腰・足・手)  
 しびれ(手・体・足)  
 筋力低下(手・足)  
 歩行障害  
 (休まずに歩ける距離: m)  
 指の細かな運動が出来ない  
 ふらつき  
 排尿、排便の障害  
 その他( )

症状のある場所を示してください



④ 上記の症状は、いつからありますか？

⑤ 痛みがある場合、その強さは、痛みなしが 0、想像できる最大の痛みを10とすると、いくつですか？



⑥ これらの症状に対して、どこかの病院を受診されましたか？  
 (複数ある場合はできる限り記載してください)

⑦ 今までに下記のような病気、症状を指摘されたことがありますか？  
 高血圧 甲状腺疾患 脳血管障害 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血 など)  
 腎疾患 肝疾患 前立腺肥大 糖尿病 ぜんそく  
 心疾患 (狭心症・心筋梗塞・不整脈 など)  
 アレルギー疾患 (アレルギー性鼻炎・花粉症・アトピー性皮膚炎 など)  
 出血しやすく血が止まりにくい  
 現在妊娠の可能性がある  
 その他( ) すべて無し

⑧ 現在飲んでいるお薬があれば、記載してください。  
(お薬手帳をお持ちであればそれを提出いただければよいです)

⑨ 今までに手術を受けたことがありますか?  
ない  ある → どのような手術ですか?

( )

麻酔で体に何らかの異常をきたしましたか?  
( はい・いいえ )

⑩ 血縁にあたる人の手術や麻酔で異常がありましたか?  
( はい・いいえ )

⑪ くすり・注射・食べ物によりアレルギーを起こしたことがありますか?

(例) 発疹、じんましん、呼吸困難、下痢、嘔吐、頭痛、けいれん、発熱、かゆみ、  
冷や汗がでる、顔面が蒼白になる、など

( )

起こしたことがある場合、何が原因でしたか?

( )

⑫ 喫煙・飲酒について教えてください

『喫煙』 なし  あり (量  本/日)

『飲酒』 なし  あり (量  本/  まれに・時々・ほぼ毎日)

⑬ 排泄について

排便：  回/  日  よく便秘になりますか? ( はい・いいえ )

排尿：  回/  日 (夜間尿：  回)

診察の結果により、手術を提案する場合があります。手術前の検査には、胸部レントゲン・検尿・心電図・呼吸機能検査・採血(B型C型肝炎、梅毒、HIVエイズ)・時期によって新型コロナやインフルエンザ検査が含まれています。

もし手術を予定することになった場合、検査を行うことに同意していただけますか?  
(  する  ・しない )

令和  年  月  日

患者様氏名(署名): \_\_\_\_\_

# MRI検査説明および問診票

(自費診療用)

## 検査当日の流れ

- ①MRI予約時刻の30分前までに病院受付で診察受付を行って下さい。
- ②MRI予約時刻の15分前までに放射線科受付61番にこの問診票を提出して下さい。
- ③撮影終了後は、脊椎センター外来に初診時間診票を提出して下さい。

※予定時刻を過ぎて来院された場合、当日中の検査ができませんのでご了承ください。  
当日遅れる場合や来院を取りやめる場合は、あらかじめ必ずご連絡ください。

## 1. MRI検査の方法

MRI検査は強い磁石を使用します。すべての脊椎を撮影するため、検査台上で約40-50分間仰向けになります。狭い空間内ですので、途中で気分が悪くなった場合には、検査担当者にお知らせください。連絡用のブザーお渡ししておきます。

検査中は大きな音がします。遮音のためのヘッドセットはつけさせていただきますが、耳栓の必要な方はご準備ください。

## 2. 検査前のご確認

すでにご承知かと思いますが、改めて以下に該当しないことをご確認ください。一つでも該当する場合には、自費診療ではなく通常の診察をご予約下さい。

心臓ペースメーカー・人工内耳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
圧可変式バルブ付きVPシャント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
他の手術やケガなどで体内に金属がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
妊娠または妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
脳動脈瘤手術・心臓弁置換術	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
刺青(入れずみ;アートメイクを含む)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
歯科インプラント・ブリッジ・歯科矯正	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
義歯(入れ歯)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
体重120kgを超える(MRIに入れるかの確認が必要)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

## 3. 次のものは故障したり、検査に影響を及ぼしますので、必ず取り外してください。

時にMRI装置自体の破損をきたし、賠償を必要とする場合もあります。

携帯電話、腕時計、メガネ、磁気カード(キャッシュカード類)、補聴器、かつら、義歯、義足、カラーコンタクト、アイシャドウやマスカラ、部分白髪染め(スティックタイプや粉末タイプ)、ネイル、ヘアピン、ピアス、ブレスレット、アンクレット他  
経費吸収貼付剤(ニトロダーム、ニコチネルなど)、金属の付いている下着、コルセット、エレキバン、使い捨てカイロ、湿布など。

MRI検査の必要性・安全性を理解した上で、検査を受けることに同意します。

ご署名