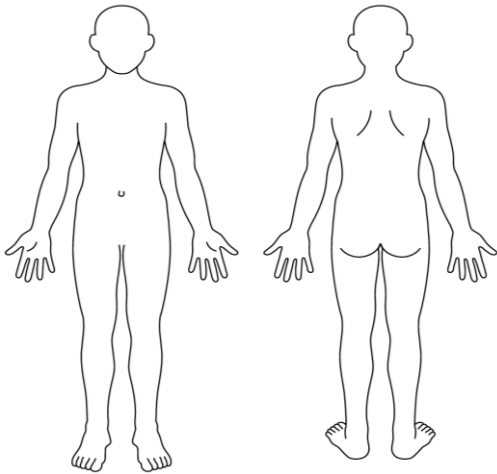


1. いつ頃からどのような症状でお困りですか

いつから	☐ 今日 ☐ 昨日 ☐ それ以前（ か月前 頃）
どこが	右図の該当する部位に ○をつけてください。
どのような症状	



• その症状で他院の診療や治療を受けましたか ☐ はい ☐ いいえ

病院名： 診断名：

2. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか

☐ いいえ

☐ はい {

☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 脳出血 ☐ 脳梗塞 ☐ 肺塞栓
☐ がん： 部位 ☐ 心臓疾患（不整脈・狭心症・心筋梗塞・弁膜症）
☐ 肝臓疾患 ☐ 腎臓疾患 ☐ 貧血 ☐ リウマチ ☐ 消化性潰瘍
☐ 前立腺肥大 ☐ 高尿酸血症 ☐ 喘息 ☐ 緑内障 ☐ 深部静脈血栓症
☐ その他：

☐ 手術の経験あり 病名 又は部位： いつ頃：

3. 検査のためにお聞きします

• 閉所恐怖症ですか ☐ はい ☐ いいえ

• 体内に下記に該当する人工物がありますか

☐ いいえ

☐ はい {

☐ ペースメーカー ☐ スtent ☐ 脳動脈クリップ ☐ 人工弁 ☐ 人工内耳
☐ 人工関節 ☐ ボルト ☐ プレート
☐ インプラント ☐ 歯列矯正 ☐ 磁石を使った義歯
☐ その他：

☐ 人工物挿入後、MR検査経験済み ☐ はい ☐ いいえ

4. アレルギーはありますか

☐ いいえ

☐ はい： どんな症状：

• 歯科治療等の麻酔の注射で気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たことはありますか

☐ はい ☐ いいえ

5. 女性の方にお聞きします

現在、妊娠中もしくは授乳中ですか ☐ いいえ ☐ 妊娠中または妊娠の可能性 ☐ 授乳中