

検査前質問表

岩手医科大学先端医療研究センター
超高磁場 MRI 研究施設

氏名	
生年月日	性別
身長	体重
利き手	

該当するところを、チェックしてください

1 現在医師にかかっていますか。	はい	いいえ
その理由 ()		
2 日常生活に何らかの支障をきたす健康上の問題があります あれば詳しく書いてください。()	はい	いいえ
3 何か薬を内服していますか あればその内容を詳しく書いてください。()	はい	いいえ
4 薬に対するアレルギーはありますか。	はい	いいえ
5 飲酒はしますか。 どれくらい飲みますか。 例：日本酒/週 ()	はい	いいえ
6 喫煙をしますか。 どれくらい吸いますか。 例；20 本/日 ()	はい	いいえ
7 過去 1 年間で 2 Kg 以上の体重変化がありましたか。	はい	いいえ
8 病院に入院したことがありますか。 あればその時期と理由を書いてください。()	はい	いいえ
9 外科手術を受けたことがありますか。 あればその時期と理由を書いてください。()	はい	いいえ
10 内科系疾患の既往はありますか。 あればその時期と理由を書いてください。()	はい	いいえ
11 呼吸器系の病気にかかっていますか。 あれば説明してください。()	はい	いいえ
12 心臓の病気にかかっていますか。	はい	いいえ
13 胸痛と不整脈はありますか	はい	いいえ
以下の病気にかかっていたり、過去にかかっていたことがありますか。		
14 筋肉・骨格系の病気	はい	いいえ
15 持続性の筋肉・骨の痛みやけいれん	はい	いいえ
16 関節炎・関節の外傷	はい	いいえ
17 その他の筋肉・骨格系の病気	はい	いいえ
18 息切れ	はい	いいえ
19 持続性の咳	はい	いいえ
20 喘息	はい	いいえ
21 その他の呼吸器系に病気	はい	いいえ
22 高血圧	はい	いいえ
23 足の浮腫	はい	いいえ
24 その他の心臓の病気	はい	いいえ
25 胃腸疾患	はい	いいえ
26 食欲不振	はい	いいえ
27 腹痛	はい	いいえ
28 便秘変化	はい	いいえ
29 肛門出血	はい	いいえ
30 その他の胃腸疾患	はい	いいえ
31 神経・精神系の病気	はい	いいえ

3 2 視覚の障害	はい	いいえ
3 3 臭覚の障害	はい	いいえ
3 4 聴覚・平衡の障害	はい	いいえ
3 5 しびれ	はい	いいえ
3 6 歩行困難	はい	いいえ
3 7 けいれん・意識消失	はい	いいえ
3 8 頭痛	はい	いいえ
3 9 不安	はい	いいえ
4 0 うつ	はい	いいえ
4 1 不眠	はい	いいえ
4 2 妊娠していますか。 女性のみ	はい	いいえ
4 3 閉所恐怖所	はい	いいえ
あなたの親戚で以下の病気の方はおられますか。		
4 4 けいれん・てんかん	はい	いいえ
4 5 偏頭痛その他の神経精神疾患	はい	いいえ

金属製の異物は MRI を撮影する際に危険をとまなうことがあります。

以下のものが体内に有るか否かを教えてください。

4 6 心臓 [°] -スチール	ある	ない
4 7 神経 [°] -スチール	ある	ない
4 8 弾丸などの金属破片	ある	ない
4 9 動脈瘤のクリップ	ある	ない
5 0 眼内異物・義眼	ある	ない
5 1 人口内耳	ある	ない
5 2 人口歯	ある	ない
5 3 人口心臓弁	ある	ない
5 4 外科クリップ	ある	ない
5 5 その他の金属性異物	ある	ない
5 6 金属研磨の職業歴	ある	ない

利き手の判定

日常生活での動作について、どちらの手で行なうかチェックしてください。

左右どちらかの手だけを使用するとき、片側に 【++】

両方の手を使用するとき、両側に 【+】 例) ++

	項 目	右 手	左 手
1	字を書くとき、どちらの手を使いますか		
2	絵を書くとき、どちらの手を使いますか		
3	ボールは、どちらの手で投げますか		
4	はさみは、どちらの手に持って使いますか		
5	歯ブラシは、どちらの手に持って使いますか		
6	果物の皮をむくとき、ナイフをどちらに手に持ちますか		
7	箸はどちらの手に持ちますか		
8	髭剃り又は口紅はどちらの手に持って使いますか		
9	マッチをするとき、マッチ棒はどちらの手に持ちますか		
10	箱をあけるときの、ふたはどちらの手であけますか		
合計			

$$LQ = (R - L) / (R + L) \times 100$$

利き手を矯正したことがありますか	ある	ない
血縁に左利きの人がいますか	いる	いない
小児期に脳の病気にかかったことがありますか	ある	ない

この資料の原本は、各研究者が保管し、コピーをHFMRIに提出してください。