

磁共振（MRI）检查单

姓名：_____ 性别：_____ 编号 GBB_s _____

出生日期：_____年____月____日 体重：_____ 身高：_____

最后学历：小学, 初中, 高中, 大学, 硕士, 博士
以上学历状况：在读, 毕业

你是否：

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------|
| 是 | 否 | 如果是，请解释 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 在金属环境工作过？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 有幽闭恐惧症？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 患过肾炎或其它肾病？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 曾经动过手术？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 有头部创伤？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 患有美尼尔氏综合症？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 曾经眼睛受伤（涉及金属）？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 处于怀孕或哺乳期？ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 曾中风/昏厥过？ |

下列物品对磁共振图像有影响并对你的安全不利，请检查你是否有下列物品中的任何一种：

- | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心脏起搏器 | <input type="checkbox"/> 动脉瘤夹 | <input type="checkbox"/> 神经刺激器 | <input type="checkbox"/> 心脏瓣膜修复 | <input type="checkbox"/> 植入泵 |
| <input type="checkbox"/> 永久眼衬 | <input type="checkbox"/> 电子耳蜗 | <input type="checkbox"/> 助听器 | <input type="checkbox"/> 阴茎假体 | <input type="checkbox"/> 宫内节育器 |
| <input type="checkbox"/> 纹身 | <input type="checkbox"/> 脑夹 | <input type="checkbox"/> 主动脉夹 | <input type="checkbox"/> 颈动脉夹 | <input type="checkbox"/> 分流装置 |
| <input type="checkbox"/> 胰岛素泵 | <input type="checkbox"/> 电极 | <input type="checkbox"/> 人工关节 | <input type="checkbox"/> 骨或关节针 | <input type="checkbox"/> 金属网眼 |
| <input type="checkbox"/> 施接普内耳膜 | <input type="checkbox"/> 金属杆、盘、螺丝等 | <input type="checkbox"/> 假体（如假牙、假眼、假肢等） | | |
| <input type="checkbox"/> 带有磁性封口的人工肛门 | <input type="checkbox"/> 金属避孕环 | <input type="checkbox"/> 经皮敷料 | <input type="checkbox"/> 心脏病 | |

检查者签名：_____ 日期：_____年____月____日

以下由扫描者填写

检查者检查类型：_____

扫描员签名：_____