

ID:

氏名:

検査予定日

MR I 検査チェックリスト

MRI検査は非常に強力な磁石を利用した検査です。発熱や吸引のリスクがあるため、体内金属のMRI対応が確認できない場合は検査を施行できません。検査を依頼される先生は、以下のチェックをお願いします。

★絶対禁忌 以下のものを使用している方は当院での検査ができません。(MRI対応のものは連絡をお願いします)

- ・ペースメーカーなどの体内医療機器等を使用していますか？ はい いいえ
- ・『はい』とお答えの方は具体的にどのようなものですか？
- ペースメーカー 埋込型除細動器 (ICD) 神経刺激装置 人工内耳
- 脊髄刺激装置 その他 ()

★要注意 以下のものを使用している場合、MRI対応か確認する必要があります。

- ・今までに手術や外傷等で体内に金属がありますか？ はい いいえ
- ・『はい』とお答えの方は具体的にどのようなものですか？
- 脳動脈クリップ・コイル 加圧式バルブシャント ステント(部位:)
- 心臓人工弁 内視鏡クリップ 胸骨ワイヤー 人工関節(部位:)
- 骨固定具(部位:) 歯科矯正器具 歯科インプラント
- その他()
- ・上記の金属挿入後、MRI検査を受けたことがありますか？ はい いいえ
- ・上記の金属について材質と留置した年を記入してください。
- 材質 () 留置年 ()

- ・以下のもので現在使用しているものはありますか？
- 入れ歯 補聴器 かつら(ウィッグ) 義眼 ネイルアート
- ・コンタクトレンズ (カラーコンタクト含む) を使用していますか？ はい いいえ
- ・狭い場所で気分が悪くなったこと (閉所恐怖症) がありますか？ はい いいえ
- ・アルミシート製の貼り薬 (ニトロダーム等) を使用していますか？ はい いいえ
- ・刺青 (タトゥー) 、眉墨、アートメイクをしていますか？ はい いいえ
- ・[女性のみ] 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか？ はい いいえ

記入日: 年 月 日

| |
|-------|
| 病院確認日 |
| |

本人署名 _____

代理人署名 _____

最終チェック 担当医師サイン _____