

MRI検査チェックリスト

ID番号 氏名 生年月日 性別

科名・入外区分 病棟 依頼医師名

患者記入欄
患者署名
身長 体重

医師署名

検査日

年

月

日

時

分

必ずご記入ください

1、下記の項目に該当するときは、原則としてMRI検査は受けられません。

心臓ペースメーカー
人工内耳
妊娠初期または妊娠の可能性

該当なし

2、下記の体内金属や人工器具はMRI検査の障害となったり、身体に悪影響を及ぼす可能性のあるものです。場合によっては検査することができません。

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 手術クリップ () | <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡止血クリップ (検査日1ヶ月以内) |
| <input type="checkbox"/> 人工関節 () | <input type="checkbox"/> ワイヤー縫合 |
| <input type="checkbox"/> 人工骨頭 () | <input type="checkbox"/> 埋込み式補聴器 |
| <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 () | <input type="checkbox"/> 義眼 |
| <input type="checkbox"/> スtent () | <input type="checkbox"/> 避妊用リング |
| <input type="checkbox"/> コイル () | <input type="checkbox"/> シヤントチューブ |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

該当なし

3、入れ歯をしていますか？

はい いいえ

それは磁気インプラントですか？

はい いいえ

「はい」の場合、検査により使用不可になる可能性がります。検査に同意しますか？

はい いいえ

4、補聴器をしていますか？

はい いいえ

5、カラーコンタクトレンズをしていますか？

はい いいえ

6、入墨、アイシャドウなどがありますか？

はい いいえ

7、閉所恐怖症はありますか？

はい いいえ

8、以前にMRI検査を受けたことはありますか？

はい いいえ