

MR I 検査チェックシート

ご氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 性別： 男・女

はい・いいえの該当する方に○をつけて、該当する箇所に記入をしてください。

① 心臓ペースメーカーまたは、埋め込み型除細動器を使用されていますか。	はい	いいえ
② 人工内耳を使用されていますか。	はい	いいえ
③ 妊娠している、またはその可能性がある。(女性の方のみ)	はい	いいえ

※①・②・③の ( はい ) に該当する方は、MRI 検査を行うことができません。

④ 今までに手術を受けられたことがありますか。 (手術部位・病名： _____ )	はい	いいえ
⑤ 手術等をして身体の中に金属が入っていますか。 入っている方は、下記の該当する物すべてに○をつけてください。 ◆動脈瘤クリップ ◆コイル ◆ステント ◆シャントバルブ ◆人工弁 ◆フィルター ◆人工骨頭 ◆人工関節 ◆プレート ◆ボルト ◆ピン ◆ワイヤー ◆義眼 ◆義手・義足 ◆磁石で固定する義歯 ◆歯科インプラント◆内視鏡クリップ ◆その他 ( _____ )	はい	いいえ

※④・⑤の ( はい ) に該当する方は、体内金属の移動や発熱により身体への損傷が発生する可能性があるため、検査ができない場合があります。

検査の前日までに、手術や金属等の埋め込みを行った病院・医院にて MRI 検査が行えるかを問い合わせの上、確認をしてください。安全が確認できない場合は、検査を行えません。

病院名： \_\_\_\_\_ いつごろ： \_\_\_\_\_ 部位： \_\_\_\_\_ MRI 検査： 可 ・ 不可

⑥ 金属片による負傷の経験があり、体内に金属片が残っている可能性がありますか。	はい	いいえ
⑦ 刺青をしていますか。(アートメイク、まゆずみなども含みます) (部位： _____ )	はい	いいえ

※⑥・⑦の ( はい ) に該当する方は、金属片の移動や金属片・刺青の発熱により身体への損傷が発生する可能性があるため、検査ができない場合があります。放射線科へ問い合わせください。

金属片や刺青の大きさ、場所により、検査をお断りさせていただく場合もございます。あらかじめご了承ください。

⑧ 下記にふだん使用している物がありますか。 ある方は、下記の該当する物すべてに○をつけてください。 ◆補聴器 ◆義歯 (入歯・ブリッジ等) ◆カラーコンタクトレンズ ◆装具 (部位： _____ ) ◆かつら・ヘアピース ◆コルセット	はい	いいえ
⑨ 貼り薬 (シップ薬、その他の治療薬) を使用していますか。	はい	いいえ

※⑧・⑨の ( はい ) に該当する物は、検査前にはずしていただきます。はずせない物の種類によっては、検査ができない場合があります。取り外しに必要な物や検査後につける物は、あらかじめ用意してください。

⑩ 閉所恐怖症または狭い所が苦手ですか。	はい	いいえ
⑪ いままでに MRI 検査をうけたことがありますか。	はい	いいえ
⑫ 身長・体重を記入してください。	身長 _____ cm	体重 _____ kg

◎緊急の検査等により、検査時間が遅れる場合がございます。予めご了承ください。

以上、確認をして記入しましたら本人の署名をお願いします。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 署名 (自署)： \_\_\_\_\_