

患者様氏名 _____

MRI 検査事前チェック表

MRI 検査では、日常では経験しない強い磁石を使うため、以下のものについて体内にあると検査を行えない場合があります。検査日までに以下の項目について有無(○)を記入してください。

検査当日は、この用紙をお持ちいただき、提出してください。

ご不明な項目は空欄でも構いません、検査当日に確認致します。

技師確認欄	<input type="checkbox"/> ① 心臓ペースメーカー	有・無	<input type="checkbox"/> ⑱ カラーコンタクト	有・無	
	<input type="checkbox"/> ② 人工内耳	有・無	<input type="checkbox"/> ⑲ つけ爪	有・無	
	<input type="checkbox"/> ③ 脳深部刺激術(DBS)	有・無	<input type="checkbox"/> ⑳ 保温下着	有・無	
	<input type="checkbox"/> ④ 迷走神経刺激装置(VNS)	有・無	<input type="checkbox"/> ㉑ 刺繍(金糸・銀糸)	有・無	
	<input type="checkbox"/> ⑤ 脳動脈・他の手術クリップ	有・無	<input type="checkbox"/> ㉒ 歯矯正・入れ歯	有・無	
	<input type="checkbox"/> ⑥ コイル・ステント・フィルタ	有・無	<input type="checkbox"/> ㉓ 磁力で脱着する義歯	有・無	
	<input type="checkbox"/> ⑦ 気管内チューブ	有・無	<input type="checkbox"/> ㉔ 補聴器	有・無	
	<input type="checkbox"/> ⑧ 人工心臓弁	有・無	<input type="checkbox"/> ㉕ 湿布・貼り薬・置き鍼(おきばり)等		
	<input type="checkbox"/> ⑨ 人工骨頭・関節	有・無		有・無	
	<input type="checkbox"/> ⑩ 義足・義手・義眼	有・無		心臓病貼り薬(ニトロダームTTS)	
	<input type="checkbox"/> ⑪ その他体内金属	有・無		禁煙用貼り薬(ニコチネルTTS)	
	⑤～⑪が有の場合			持続性疼痛治療薬(ノルspanテープ)	
	留置した日時 _____ 年 _____ 月頃			パーキンソン病治療薬(ニュープロパッチ)	
	種類・材質 _____		<input type="checkbox"/> ㉖ カツラ・増毛スプレー	有・無	
	<input type="checkbox"/> ⑫ 水頭症シャント術	有・無	<input type="checkbox"/> ㉗ ヘアピン・ピアス・指輪	有・無	
	<input type="checkbox"/> ⑬ 骨折部位固定具	有・無	<input type="checkbox"/> ㉘ 携帯電話・時計・キャッシュカード		
	<input type="checkbox"/> ⑭ 刺青・アートメイク	有・無		ICカード等	有・無
	<input type="checkbox"/> ⑮ 妊娠	有・無			
		_____ 週			
	<input type="checkbox"/> ⑯ 閉所恐怖症	有・無			
	<input type="checkbox"/> ⑰ 長時間の静止	不・可			

体重 _____ k g

記入者氏名 _____

技師確認者氏名 _____