

MRI検査チェックリスト

ID:
 患者様氏名:
 検査日時:
 検査部位:

1. 患者様または代理人の方は、安全に検査を行うために、以下の項目にお答えください。

1) 以下の項目にお答えください。

基本項目	体重	kg
	検査中30～60分の静止	可・否
	閉所暗所恐怖症	あり・なし
	妊娠	あり・なし
	入墨、アートメイク	あり・なし
	MRI検査歴	あり・なし
	(年 月 部位:)	
手術歴	あり・なし	
(年 月 手術名:)		

2) 手術歴がある場合は、以下の項目にお答えください。該当する場合、不明な場合はMRI検査ができません。

禁忌項目	ペースメーカー	あり・なし
	埋込型除細動器(ICD)	あり・なし
	脳室シャントバルブ	あり・なし
	人工内耳	あり・なし
	神経刺激装置	あり・なし
	眼窩内異物	あり・なし

3) 手術歴がある場合は、以下の項目にお答えください。該当する場合、不明な場合は医師に申し出て下さい。

必要とする項目 医師の判断を	脳動脈クリップ	あり・なし	脊椎固定具	あり・なし
	心臓人工弁	あり・なし	人工関節、人工骨頭	あり・なし
	ステント、コイル、人工血管	あり・なし	義眼	あり・なし
	血管フィルター	あり・なし	その他の金属	あり・なし
	歯科矯正、インプラント	あり・なし	()	

記入日: _____年____月____日 患者または代理人(続柄_____)署名 _____

2. 医師確認欄 (検査を指示される医師は、上記内容を確認の上、以下に記入下さい。)

検査可能 / 検査不可 特記事項()

記入日: _____年____月____日 医師名: _____

3. 入室時確認欄 (入室時確認担当技師は、以下の項目を確認し記入下さい。)

以下の項目はMRI検査室への持ち込みができません。検査前に、更衣室で取り外していただきます。

<携帯品>

- 財布、カード類
- 鍵、携帯電話
- 金属のついた衣服・下着
- 保温素材の衣服・下着
- 湿布、カイロ、エレキバン

- 眼鏡、カラーコンタクトレンズ
- 補聴器
- 入歯、ブリッジ
- ヘアピン、ピアス、アクセサリ
- かつら

<医療機器>

- ストレッチャー、車いす
- 点滴台、輸液ポンプ
- 酸素ボンベ
- 体温計、血圧計
- 心電モニタ、電極
- その他医療機器

記入日: _____年____月____日 確認技師: _____