

MRI 検査 チェックシート

MRI 検査を受けられる患者様を安全に撮影させていただくために以下の質問にお答えください

1. 身長・体重を記入してください _____ cm _____ kg
2. 女性の方へ 技師確認
- 現在妊娠中あるいはその可能性がありますか ない ある
3. 過去に MRI 検査を受けたことがありますか ない ある
4. これまでに外科的手術、内視鏡的手術を受けた事がありますか ない ある
あると答えた方は具体的な内容をご記入ください

5. 手術などで体内に以下の金属、人工物が入っていますか
- ・心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器 ない ある
 - ・人工内耳 ない ある
 - ・神経刺激装置 ない ある
 - ・磁性アタッチメントのある(歯科用)インプラント ない ある
 - ・脳動脈クリップ ない ある
 - ・シャントチューブ ない ある
 - ・銃弾の破片、眼窩内金属製異物など ない ある
 - ・その他() ない ある

6. 入れ歯を着用していますか いいえ はい
7. 補聴器を着用していますか いいえ はい
8. 入れ墨(タトゥー)をしていますか いいえ ある
9. 閉所恐怖症ですか いいえ ある

10. 以下の物などを身に着けている場合は検査室に持ち込むと使用不能になる可能性があり安全に検査を行えません。MRI 検査室に入る前に取り外してください

発熱下着(ヒートテック等)、カラーコンタクトレンズ、鍵、携帯電話、メガネ、ヘアピン、宝石類時計、安全ピン、ベルト、財布、クレジットカード衣類の金属ボタンやファスナー、カイロ

貼付薬(ニトロダーム TTS 及びニコチネル TTS 等)、アイシャドー、マグネティックネイル、マスカラなど

万が一、上記の物を持ち込み使用不可能になりましても、当院で責任は負いかねますのでご了承下さい

令和 年 月 日

患者または保護者・介添え人の署名 _____

上記確認技師署名 _____