盛岡赤十字病院　放射線科

患者氏名： 　　　　　　　　　　　　 様

**＜　MRI検査入室前　チェックリスト　＞**

MRI検査は強い磁気の力を用いて行うため、体内に金属のある方は検査ができないことがあります。

以下の項目は、検査が可能か判断するために必要な情報です。安全なMRI検査を行うため、下記の

項目に記載をお願いします。

手術を受けたことがありますか？　　　はい　／　いいえ

部位（　　　　　　　　　）　時期（　　　　　　）　施設（　　　　　　病院）

部位（　　　　　　　　　）　時期（　　　　　　）　施設（　　　　　　病院）

部位（　　　　　　　　　）　時期（　　　　　　）　施設（　　　　　　病院）

　該当する場合は、□にチェック記入してください。

|  |
| --- |
| **①体内金属の有無**□ なし　☐あり　 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、埋込型心電図記録計□ なし　☐あり　 神経刺激装置□ なし　☐あり　 人工内耳□ なし　☐あり　 脳動脈瘤クリップ□ なし　☐あり シャントバルブ□ なし　☐あり 冠動脈ステント□ なし　☐あり 金属コイル□ なし　☐あり 人工関節・金属プレート等□ なし　☐あり 　金糸（ゴールデンリフト）□ なし　☐あり 　歯科矯正具・インプラント□ なし　☐あり 　磁性式義眼、義肢□ なし　☐あり 　金属加工業への従事経験□ なし　☐あり 　刺青・タトゥー、アートメイク□ なし　☐あり 　避妊リング、子宮脱防止リング上記以外で体内に埋め込まれている金属（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**② 閉所恐怖症の有無** □ なし　☐あり**③（女性の方へ）妊娠の可能性**□ なし　☐あり |

**確認日時　　　 年　　　月　　　日　　本人署名**

**代筆署名**

**本人との関係（　　　　　　　　　　　）**

**確認者署名**

**（医師・看護師）**