

患者氏名： \_\_\_\_\_ 様

## &lt; MRI 検査入室前 チェックリスト &gt;

MRI 検査は強い磁気を用いて行うため、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 シェントバルブ
- 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 (ゴールドデンリフト)
- 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)