

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)