

< MRI検査チェックリスト >

氏名 _____ 様

○ MRI 検査を安全に行う為、以下の項目を記入して下さい ○

体内植込み型の”医療機器” (有 ・ 無)

(下の点線枠内の一覧を参考にしてください) ※植込み型のCVポート(点滴用)は該当しません※

→ “有”の方は下記で該当するものを “○” で囲んで下さい。

- ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 (ICD)
人工内耳 (埋込型の補聴器) ・ 植込み型輸液ポンプ (インスリン用など) ・ 骨成長刺激装置
脳深部刺激療法 (DBS) (パーキンソン、振戦などの治療装置) ・ 脊髄刺激装置

脳動脈瘤クリップ、コイル (有 ・ 無)

冠動脈ステント (有 ・ 無)

冠動脈以外の血管ステントやコイル (有 ・ 無)

上記以外での手術歴 (有 ・ 無)

“有”の方は具体的に記入→【

内視鏡検査 (胃/大腸) クリップ (有 ・ 無)

※当院内視鏡検査を受けた患者様：内視鏡クリップはMRI対応製品のため内視鏡検査直後からMRI検査可能です。
※当院以外で内視鏡を受けた患者様：
クリップ脱落確認後または内視鏡検査から2週間以上経過してから検査可能です。
(1週間程度で自然脱落することが多いですが、念のため2週間以上経過してからお願いします。)

眼内や体内に埋入した金属片や弾丸片 (有 ・ 無)

※白内障レンズ、ICL等の眼内レンズは該当しません※ ※手術で挿入した金属は、手術歴に記入してください※
(ケガ等で迷入した可能性がある方は申し出てください。体内に金属片があると失明等の危険があります。)

刺青、アートメイク (有 ・ 無)

閉所恐怖症 (有 ・ 無)

(狭い空間での検査となりますので、不安な方は事前に申し出てください。)

<女性の方>妊娠の可能性、避妊リング (有 ・ 無)

下記の金属物や人工物で該当するものがあれば “○” で囲んで下さい。

※該当するものは検査時に外して頂く場合があります※

- 義歯 ・ 磁性アタッチメント義歯 (磁石義歯) ・ 歯列矯正器具 ・ 義眼
補聴器 ・ 義足 ・ 義手 ・ 鍼 (はり) の治療針

★磁性アタッチメント義歯→検査時は必ず外して頂きます。装着部の磁力が損なわれる可能性があります。

★歯列矯正器具→検査までに一度器具を装着した歯科・口腔外科へお問い合わせをお願いします。
器具の材質によっては、発熱・位置ずれの可能性もあります。

患者様ご署名

確認者 (医師または医療従事者)