

MR I 検査前チェックリスト

この用紙は検査当日に
必ず持参してください

ID _____

氏名 _____ 様

身長	cm
体重	kg

検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

当院での MRI 検査歴 初 再

【当院で MRI 検査を初めて受けられる方】 ※以前に受けられた方でもチェックリストへの記載が初めての方はお答えください。
MRI 検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください。ご協力お願いいたします。

チェック欄						
無	有	可能性あり		心臓ペースメーカー・除細動器	原則禁忌	
無	有	可能性あり		可変式脳圧シャントバルブ		
無	有	可能性あり		人工内耳・人工中耳		
無	有	可能性あり		その他の体内埋め込み機械 (体内インスリンポンプ・埋め込み式神経刺激装置など)		
無	有	可能性あり		金属加工等の仕事に勤務した経験や事故などで、体内(眼など)に金属片または粉が入っている。		発熱や動く恐れあり
無	有	可能性あり		刺青(タトゥー)、アートメイク(眉毛・アイラインなど)		火傷や変色の恐れあり
無	有	可能性あり		磁力で装着する義眼		
無	有	可能性あり	年頃	脳動脈クリップ・コイル	要材質確認、発熱や動く恐れあり	
無	有	可能性あり	年頃	血管内ステント(頭・頸部、心臓、大動脈など)		
無	有	可能性あり	年頃	下大動脈フィルター		
無	有	可能性あり	年頃	その他、手術による体内金属 (心臓人工弁・人工骨・ボルト・プレートなど)		
無	有	可能性あり	月 日頃	二週間以内に内視鏡検査を受けたことがある (内視鏡止血クリップの有無)	体外止血クリップが非世されたことが確認できない場合、検査不可(発熱)	
無	有	可能性あり		磁石部分が着脱不能な義歯	磁場より磁気喪失の可能性	
無	有	可能性あり	年頃	埋め込み型心電用データレコーダ	MRI 装置による撮像制限あり	
無	有	可能性あり		閉所恐怖症	検査ができない可能性があります	
無	有	可能性あり	週目	妊娠中・妊娠の可能性	妊娠初期の胎児への MRI 検査の安全性は確立されていません	

【以前に当院で MRI 検査を受けたことがある方】

1. 以前に MRI 検査を受けられたのはいつ頃ですか _____ 年頃
2. 以前に MRI 検査を受けた日から本日まで、
体内に金属を留置する手術を受けられましたか いいえ はい
具体的に()
3. 現在妊娠中、もしくはその可能性はありますか いいえ はい
(_____ 週目)

【確認事項】 MRI 検査(入室)前に以下のものを外し、検査着へ着替えていただきます。(※検査前にチェックします)
※直前の取り外しが困難なものは当日身につけずに来るか、取り外すための準備をしてきてください。

<input type="checkbox"/>	Mascara・アイシャドーなど金属粉を含む化粧品
<input type="checkbox"/>	カラーコンタクトレンズ
<input type="checkbox"/>	かつら・ヘアウィッグ・エクステンション・増毛スプレー
<input type="checkbox"/>	ヘアピンなど金属製の髪留め
<input type="checkbox"/>	ピアス・ネックレスなどのアクセサリー類、ネイルケア用品(付け爪など)
<input type="checkbox"/>	時計・眼鏡
<input type="checkbox"/>	財布・カード類・携帯電話・鍵
<input type="checkbox"/>	補聴器・入れ歯
<input type="checkbox"/>	装具(コルセット・義肢など)
<input type="checkbox"/>	金属のワイヤー・ボタンなどがついた衣類・下着
<input type="checkbox"/>	湿布・エレキバン・カイロ
<input type="checkbox"/>	貼り薬(ニトロゲムテープなど貼り面が銀色のもの)