

MRI検査チェックリスト

下記を確認後、チェックしてください。

氏名：

記入日：

※検査当日までに新たに体内金属等
が留置された場合、連絡をもらえる
よう、患者様へのご説明をお願いし
ます。

患者の同意（有）

・ペースメーカー

無

有

・人工内耳

無

有

・脳動脈クリップ

無

有（MRI可）

有（MRI不可）

・VPシャント

無

有（MRI可）

有（MRI不可）

・手術金属【医療用】

無

有（MRI可）

有（MRI不可）

・外傷等金属【非医療用】

無

有（MRI可）

有（MRI不可）

・内視鏡止血クリップ

無

有（MRI可）

有（MRI不可）

・義眼

無

有（MRI可）

有（MRI不可）

・歯科矯正ブリッジ

無

有（MRI可）

有（MRI不可）

・刺青／アートメイク

無

有（MRI可）

有（MRI不可）

・閉所恐怖症

無

有

・妊娠／その可能性

無

有

確認医師氏名：