

MRI 検査 事前チェックリスト

氏名 _____ 検査日 _____

生年月日 _____ 性別 _____

MRI 検査では、高磁場・高周波電波を使用しますので、検査を受けることができない方、注意が必要な方、その他注意事項がございます。安全に検査を受けていただくために、下記の質問にお答えいただき、ご署名をお願いします。

*該当する項目がありましたら、を入れて下さい。

- 今までに MRI 検査を受けたことがある。
- 次の項目に該当する方は検査を受けることができません。
 心臓ペースメーカー、人工内耳、体内自動除細動器などの体内電子機器をご使用の方
- 次の項目に該当する方は検査を受けられない可能性があります。
チェックがある場合は主治医に相談するか手術を行った施設に MRI 検査を受けても問題ないかを確認してください。
 脳動脈瘤クリップ、血管内コイル、人工弁、人工関節、義眼などの体内金属・人工物がある方
(材質が磁性体、もしくは材質がわからない場合は検査を受けられません。)
 整形外科手術による固定具、歯科矯正装置、歯科用インプラントなどがある方
(撮影部位と同部の場合、検査を受けられません。)(発熱・熱傷の恐れがあります。)
→ 主治医あるいは手術を受けた施設に確認済み。(職員記入)
- 次の項目に該当する方は検査を受けられますが熱傷などの恐れがあります。
 刺青(タトゥー)、アートメイク (変色、発熱・熱傷の恐れがあります。)
 磁性アタッチメント式の義歯 (検査後、義歯の吸着力低下の恐れがあります。)
 閉所恐怖症 (症状の程度により検査をお受けいただけます。)
 指輪等の装飾品で取り外しができないものがある方
(そのまま検査していただけますが、発熱・熱傷の恐れがあります。)
 ご理解の上 MRI 検査を受けられますか。
- 次の項目に該当する方は腹部レントゲン撮影を行い止血クリップの有無を確認してください。
 最近 1 週間以内に胃・大腸の止血をされましたか。
- 女性のみ確認して下さい。
 妊娠されている方 避妊リングをされている方
- その他の注意事項
 金属類・電子機器・磁気カード・薬剤浸透性絆創膏類(ニトロダーム TTS,ニコネチル TTS,ニュープロパッチ,ノルスパンテープ)は持ち込み禁止です。
・発熱・熱傷、故障・データ損失の恐れがあります。
・強力な吸着により MRI 装置の故障・破損を招く恐れがあります。
 以下のものは検査前にお取りいただきます。
① マスカラ、アイシャドウ、ラメ入りの化粧、粉末状の増毛剤
② カラーコンタクトレンズ
・使用したまま検査した場合、発熱・熱傷の恐れがあります。
- 鉄剤や鉄分サプリメントを飲んでいますか。
 はい いいえ

令和 年 月 日

(署名) _____

本人または 代理人(続柄)