

MRI 検査 事前チェックリスト

氏名 _____

検査日 _____

生年月日 _____

予約時間 _____

MRI検査では、高磁場・高周波電波を使用するため、検査が出来ない方、注意が必要な方、注意事項があります。安全に検査を受けていただくために、下記の項目にお答えいただき、ご署名をお願いします。

*該当する項目に、☒を入れて下さい。

- | |
|---|
| 1. 今までにMRI検査を受けたことがある。 ☐ あり(いつごろ: _____) ☐ なし |
| 2. 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※、体内自動除細動器、神経刺激装置、人工内耳などの体内電子機器
☐ なし ☐ あり(具体的に: _____)
※MRI対応ペースメーカは当院で検査可能ですが、事前準備がありますので職員に申し出て下さい。 |
| 3. 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。
脳動脈瘤クリップ、血管内コイル、ステント、人工弁、人工関節、義眼などの体内金属・人工物
整形外科手術による固定具、シャントバルブ、歯科矯正装置、歯科用インプラントなど
(材質がMRIに対応していない、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。)
☐ なし ☐ あり(具体的に: _____)
「あり」に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。
☐ 主治医あるいは手術を受けた施設に確認済み。(職員記入) |
| 4. 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、注意が必要です。
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。) ☐ なし ☐ あり
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。) ☐ なし ☐ あり
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。) ☐ なし ☐ あり
指輪等の装飾品で取り外しができないものがある方 ☐ なし ☐ あり
(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。 |
| 5. 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する場合があります。
最近1週間以内に胃・大腸の止血をされましたか。 ☐ いいえ ☐ はい |
| 6. 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(MRI対応なら検査可能) |
| 7. その他の注意事項
■ 金属類(ヘアピンやアクセサリ、入れ歯など)・電子機器(補聴器、鍵、車の鍵など)・磁気カード・
持続血糖測定器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。)
■ 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(普通のコンタクトレンズは検査可能)
(使用したまま検査した場合、発熱・熱傷の恐れがあります。) |
| 8. 鉄剤や鉄分サプリメントを飲んでいますか。
☐ いいえ ☐ はい(検査の6時間前までに服用していたら検査可能) |

ご署名 _____

令和 年 月 日

☐ 本人または ☐ 代理人(続柄 _____)