

診察券番号：
患者氏名：

MRIチェックリスト

強い磁石を使いますので、体内に金属が入っている方、妊娠初期の方には、検査を受けて頂けない場合があります。

検査を安全に行うために必ず以下の質問にお答え頂き、ご確認の上、氏名のご記入をお願いします。

なお、吸湿発熱効果を持つ下着（ヒートテック等）をご着用の場合は、金属が付いていなくても脱衣をお願いします。

はい か いいえ に○をつけて下さい。

- | | | |
|--|----|-----|
| • 心臓ペースメーカ（リードレスペースメーカ含む）を使用していますか | はい | いいえ |
| • 内視鏡クリップ・持続血糖値測定器が留置されていますか | はい | いいえ |
| • 手術を受け、電子装置や金属を体内に入れましたか
【例】 人工内耳・神経刺激装置・人工関節・心臓人工弁・血管ステント・脳動脈クリップ
歯列矯正・温度センサー付尿道バルーン・その他…《 》 | はい | いいえ |
| • 手術以外で体内に金属が入ってますか
【例】 銃弾・事故による金属破片・他…《 》 | はい | いいえ |
| • 取り外せる入れ歯を使用していますか
※磁気式インプラントを使用している場合はお伝え下さい。 | はい | いいえ |
| • いれずみ（アイライン・眉墨も含む）をしていますか
※過度なマスカラ・ラメ入りアイシャドウはあらかじめ落として下さい。 | はい | いいえ |
| • 狭い所でじっとしてられない閉所恐怖症ですか | はい | いいえ |
| • 目の中に金属片が入ったり、金属を研磨する仕事についていたことがありますか | はい | いいえ |
| • 義眼を使用していますか | はい | いいえ |
| • カラーの入ったコンタクトレンズを使用していますか | はい | いいえ |
| • 現在の体重は（ ）kg ※しばらく量っていない方はおよそでご記入下さい。 | | |
| • 《女性の方へ》 現在、妊娠の可能性あり、または、授乳中ですか
妊娠の可能性、はい、の方へ（ ）週くらい | はい | いいえ |

年 月 日

氏名： 代筆の場合その方の氏名：

※ 検査当日は、この用紙を必ずお持ち下さい。

スタッフ記入欄

担当技師

担当看護師