

(受託) MRI 検査チェックリスト 単純のみ

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

入室方法

独歩 車椅子 ストレッチャー

体内金属や身に付けているものの材質により発熱・やけど等の原因となるものもあります。MRI を安全に受けていただくために以下の項目にお答え下さい、ご協力お願い致します。

2022 年改訂

項目	備考	チェック欄
心臓ペースメーカー・除細動器	原則禁忌	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
人工内耳・人工中耳	原則禁忌	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
ラセン入気管切開チューブ (アジャストフィット)	禁忌	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
可変式脳圧シャントバルブ	原則禁忌	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
可動性義眼	原則禁忌	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
刺青【タトゥー、アートメイク】	火傷(やけど)恐れあり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
脳動脈瘤クリップ・コイル	要材質確認 発熱や動く恐れあり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
血管内ステント【脳・心臓・腹部・他】	要材質確認 発熱や動く恐れあり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
金属製の体内異物【鉄片・弾丸・外せないピアス・他】	要材質確認 発熱や動く恐れあり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
人工関節・プレート・スクリュー等	要材質確認 発熱の恐れあり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
着脱不能な義歯【インプラント、差し歯】	磁場により磁力喪失の可能性あり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
避妊器具	発熱の恐れあり、アーチファクトあり	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
妊娠または妊娠の可能性	胎児への安全性は確立されていません	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
閉所恐怖症	直径 60cm の円筒の中に身体が入ります	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

チェックリスト記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

チェック者サイン： _____

MRI 検査入室前の確認事項等 (宮古病院にて確認)

<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> アイシャドー	<input type="checkbox"/> つけまつげ
<input type="checkbox"/> メガネ	<input type="checkbox"/> かつら	<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> アクセサリ
<input type="checkbox"/> エレキバン	<input type="checkbox"/> ヒートテック衣類	<input type="checkbox"/> ニトロダーム	<input type="checkbox"/> ニコチンパッチ
<input type="checkbox"/> 各種貼付剤	<input type="checkbox"/> 金属類	<input type="checkbox"/> カード類	<input type="checkbox"/> 取り外し可能な義歯
<input type="checkbox"/> その他素材のわからないもの			

実施日： _____ 年 _____ 月 _____ 日