

MRI チェックリスト

氏名	様		
検査日	AM		
年	月	日	PM

身長 _____ cm

体重 _____ kg

依頼医へのお願い

安全な検査を行うため、依頼医師は責任を持って十分な問診を行ってください。
検査は30分ほど要し、この間は騒音の中で動かずにいなければなりません。
患者さんの十分な協力を得るためにも、できるだけ具体的な検査内容の説明を行ってください。
MRI室で安全性に問題があると判断した場合、またチェックリストに記載不足がある場合は、検査を行うことができません。

● 今までMRI検査を受けたことがありますか あり なし

● MR検査ができない方 ※「あり」の場合は検査できません

(1) 心臓ペースメーカー あり なし

(2) 人工内耳等の電子機器の装着 あり なし

(3) 妊娠初期または妊娠の可能性 あり なし

● 下記項目について確認し、「あり」の場合は検査意思の再確認をしてください。

(1) 閉所恐怖症 あり なし

(2) アートメイク(眉墨・アイシャドウ etc.) あり なし

(3) カラーコンタクト あり なし

(4) 刺青・タトゥー あり なし

(5) 入歯・歯列矯正用具・インプラント あり なし

● MR検査後シャントバルブ確認の必要性 あり なし

● 体内金属の挿入・留置 あり なし

※「あり」の場合記入してください

手術部位：() 手術時期：(西暦 年頃)

種類：脳動脈クリップ 心臓人工弁 人工骨頭・関節 その他 ()

確認医師名 _____

その他、何か注意点がございましたらご記入ください。