

MRI 検査前チェックシート

※全ての項目に記入して下さい。安全なMRI検査のため御協力をお願いします。

氏名：		身長：	cm	体重：	kg
-----	--	-----	----	-----	----

禁忌項目(下記の項目に該当する場合MRI検査を受けることが出来ません。)

1. ペースメーカーや埋め込み型除細動器が入っている	☐ はい	☐ いいえ
2. 体内に神経刺激装置や骨刺激装置が入っている	☐ はい	☐ いいえ
3. その他体内に電子的な機器が入っている	☐ はい	☐ いいえ
4. 人工内耳・中耳が入っている	☐ はい	☐ いいえ
5. 妊娠中	☐ はい	☐ いいえ

確認項目

1. 脳動脈瘤手術においてクリップやコイルを使用している	☐ はい	☐ いいえ
2. その他体内にクリップやコイルなどがある(外科用コイル含)	☐ はい	☐ いいえ
3. 大動脈ステントやその他のステント挿入術を受けている	☐ はい	☐ いいえ
4. 水頭症シャントシステムをしている	☐ はい	☐ いいえ
5. 人工関節やプレートなどの体内金属がある	☐ はい	☐ いいえ
6. 磁石式の入れ歯や義眼をしている※吸着力低下の可能性	☐ はい	☐ いいえ
7. 上記以外で体内に金属や医療機器がある ()	☐ はい	☐ いいえ

確認項目で「はい」にチェックありの場合

上記の該当製品はMRI対応である	☐ はい (検査可)	☐ いいえ (検査不可)
ステントやコイルを留置後3カ月を経過している	☐ はい (検査可)	☐ いいえ (検査不可)

注意事項

1. 義手・義足をしている(検査時に外して頂きます)	☐ はい	☐ いいえ
2. 入れ墨やアートメイクをしている(熱傷や変色の可能性)	☐ はい	☐ いいえ
3. 閉所恐怖症である	☐ はい	☐ いいえ
4. 補聴器や入れ歯をしている(検査時には外して頂きます)	☐ はい	☐ いいえ