

MRI検査チェックシート

※(ID)

※印は記入不要

※ 検査日

年

月

日

氏名

様

(生年月日

年

月

日)

「MRI検査の禁忌事項」・「安心して安全なMRI検査を受けていただくために」の案内をお読みいただき下記のチェック項目の記入をお願いします。

1. MRI検査を受けたことがありますか (はい ・ いいえ)

2. 手術を受けたことがありますか (はい ・ いいえ)

「はい」の方は内容を教えてください

記入例)何歳の時 - 病名または手術内容

3. ペースメーカー(またはリードのみ留置)はありますか (はい ・ いいえ)

4. 体内外に留置または使用している物はありますか (以下から選んで○で囲ってください)

・ICD(植込み型除細動装置)

・スワングアンツカテーテル

・人工弁

・人工内耳

・体内刺激装置

・VPシャント

・脳動脈瘤クリップ

・その他血管の留置物

(クリップ、ステント、フィルターなど)

・人工関節、人工骨頭

・義眼

・義歯(入れ歯)、インプラント

・義手、義足

・かつら、ウィッグ

・コンタクトレンズ

・貼薬(シップ、エレキバンなど)

・ホッカイロ

・その他

5. 閉所恐怖症または以前の検査で体調不良はありますか (はい ・ いいえ)

6. 入れ墨、メイクアート、ラメ入りメイク、ネイルアート(ジェルネイルなど)はありますか

(はい ・ いいえ)

7. 6で「はい」の方は酸化鉄が含まれている場合があります熱傷や変色の恐れがありますが同意の上検査しますか

◆同意される場合は、署名をお願いします

本人署名

8. (女性の方のみ)妊娠の可能性はありますか

(はい ・ いいえ)

9. 体重 kg

孝仁病院

※(担当医)

※(確認者)