

# MRI 検査安全チェックリスト

患者カナ氏名: 様

検査日 : 年 月 日

予約時間 :

検査部位 :

## 《患者さまへご質問》

- ・現在の体重をお書き下さい。 ( kg)
- ・今まで MRI 検査を受けたことがありますか。 はい ・いいえ
- ・過去に手術をされましたか。 はい( ) ・いいえ
- ・ペースメーカを装着されてますか。 はい ・いいえ
- ・喘息・アレルギーがありますか。 はい( ) ・いいえ
- ・(女性の方のみ) 現在妊娠または、その可能性がありますか。 はい ・いいえ

## 《MRI 検査安全チェックリスト (予約時) 》

心臓ペースメーカ及び埋め込み式除細動器	有	無
金属製の人工心臓弁	有	無
人工内耳	有	無
脳動脈瘤手術歴	有	無
義眼	有	無
歯科磁性用インプラント	有	無
刺青	有	無
骨折治療用金属ボルト (部位: )	有	無
人工骨・関節 (部位: )	有	無
その他の体内金属 (入れ歯)	有	無
閉所恐怖症	有	無

西暦 年 月 日

患者署名

※未成年または本人が署名できない場合は、下記が必要になります。

患者代理人署名 \_\_\_\_\_ (患者との続柄) \_\_\_\_\_

確認者 \_\_\_\_\_

## 《MRI 検査安全チェックリスト (入室時) 》

補聴器	<input type="checkbox"/>
入れ歯	<input type="checkbox"/>
湿布 (ニトロゲーム等)	<input type="checkbox"/>
コルセット	<input type="checkbox"/>
留置チューブ (部位: )	<input type="checkbox"/>
その他の金属類	<input type="checkbox"/>

確認日時: 年 月 日 確認者 \_\_\_\_\_