



MRI 検査チェックシート



記載日 _____

患者 ID _____

氏名 _____ 様

●現在、体内に植え込みの医療機器(心臓ペースメーカー、人工内耳、脳深部刺激装置など)はありますか？
ある ・ ない →「ある」場合は、検査を受けられません。



●体内に金属を入れるような手術を受けたことはありますか？
例：動脈瘤クリップ、人工関節、水頭症シャント、プレート、ステント、金属コイル、インプラント、金属レンズ、その他
ある (MRI 対応・MRI 非対応・わからない) ・ ない
→「ある」場合は、材質によっては検査を受けられません。手術された病院などに問い合わせるなどして、材質をご確認下さい。



●狭いところに入ると気分が悪くなったり冷や汗がでたりすることはありますか？
ある ・ ない →「ある」と答えた方、検査を受けることが出来ない場合があります。



●刺青、タトゥーまたはアートメイクはありますか？(ヘアパウダー使用含む)
ある ・ ない →「ある」と答えた方はやけどや変色の恐れがあり、検査を受けることができないことがあります。



●(女性の方) 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？
はい (_____ 週) ・ いいえ →「はい」と答えた方は検査を受けることが出来ない場合があります。



●身長と体重の記入をしてください。

身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

※ 当日は必ずしてもらうものは以下の通りです。

金属類、湿布、テープ類

例：時計、眼鏡、入れ歯、補聴器、エレキバン、カイロ、カラーコンタクト、ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ピアス、鍵、USB メモリー、携帯電話、磁気カード類など