

患者ID 氏名 生年月日	(歳)[性別:]	MRI 検査チェックリスト
検査日時	頃	

MRI 検査チェックリスト

《MRI 検査を行うために、以下の質問に正確にお答えください》
《記入後、検査当日に必ずこの用紙をお持ちください》

1) 体内金属の有無について

- 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器がありますか？ (いいえ・はい)
- 人口内耳、神経刺激装置などの体内電子装置がありますか？ (いいえ・はい)
- 脊柱間内リード線、脊髄刺激装置がありますか？ (いいえ・はい)
- 脳動脈クリップがありますか？ (いいえ・はい)
(「はい」と答えた方は、手術をしたのはいつ頃ですか？) (年頃)
- 心臓や血管の中に金属類や人工物がありますか？ (いいえ・はい)
*リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど
- 人工心臓弁がありますか？ (いいえ・はい)
(「はい」と答えた方は、手術をしたのはいつ頃ですか？) (年頃)
- 圧可変式バルブシャントがありますか？ (いいえ・はい)
- 消化管出血の止血クリップやマーキングリップがありますか？ (いいえ・はい)
- 人工骨頭、人工関節、釘などがありますか？ (いいえ・はい)
(「はい」と答えた方は、体のどの部分ですか？) (部位:)
- 胆道、食道、気管などの金属ステントがありますか？ (いいえ・はい)

2) 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば○で囲んで下さい

補聴器・義眼・義足・義手・磁石を使用した義歯(入れ歯)
歯列矯正器具・コルセット・針治療の針・ネイル(ジェルネイル、マグネットネイルなど)

- 上記以外に身につけている金属類、機械、人工的なものがあればご記入下さい
() () ()

- 3) アートメイクや刺青をしていますか？ (いいえ・はい)
(「はい」と答えた方は主治医と相談されご了承いただけましたか？) (いいえ・はい)
- 4) カラーコンタクトレンズを使用していますか？ (いいえ・はい)
- 5) 貼り薬を使用していますか？ (いいえ・はい)
- 6) 閉所恐怖症はありますか？ (いいえ・はい)
- 7) 今までにMRI 検査を受けたことがありますか？ (いいえ・はい)
- 8) 妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか？(女性のみ) (いいえ・はい)
- 9) 女性骨盤MRI 検査を受けられる方は月経についてご記入下さい

(女性のみ) 最終月経(月 日から 月 日:月経周期 日) 閉経 歳