

MRIチェックリスト

強い磁石を使いますので、体内に金属が入っている方、妊娠初期の方には、検査を受けて頂けない場合があります。

検査を安全に行うために必ず以下の質問にお答え頂き、ご確認の上、ご署名をお願いします。

なお、吸湿発熱効果を持つ下着（ヒートテック等）をご着用の場合は、金属が付いていなくても脱衣をお願いします。※過度なマスカラ、ラメ入りアイシャドウはあらかじめ落としてください。

はい か いいえ に○をつけてください

• 心臓ペースメーカ（リードレスペースメーカ含む）を使用していますか はい いいえ

• 内視鏡クリップ、持続血糖値測定器が留置されていますか はい いいえ

• 手術を受け、電子装置や金属を体内に入れましたか

【例】 人工内耳、神経刺激装置、人工関節、心臓人工弁、血管ステント、脳動脈クリップ
歯列矯正、尿道バルーン（温度センサー、磁気式キャップ）、その他… 《 》

• 手術以外で体内に金属が入ってますか はい いいえ

【例】 銃弾、事故による金属破片、他… 《 》

• 取り外せる入れ歯を使用していますか はい いいえ

※磁気式インプラントを使用している場合はお伝えください

• いれずみ（アイライン、眉墨も含む）をしていますか はい いいえ

• マグネットネイル、ジェルネイル等のネイルアートをしていますか はい いいえ

• 狭い所でじっとしてられない閉所恐怖症ですか はい いいえ

• 目の中に金属片が入ったり、金属を研磨する仕事に就いたことがありますか はい いいえ

• 義眼を使用していますか はい いいえ

• カラーの入ったコンタクトレンズを使用していますか はい いいえ

• 補聴器を使用していますか はい いいえ

• 現在の体重は（ ）kg ※しばらく量っていない方はおよそでご記入ください

• 《女性の方へ》 現在、妊娠の可能性あり、または、授乳中ですか はい いいえ

妊娠の可能性、はい、の方へ（ ）週くらい

年 月 日

氏名： 代筆の場合その方の氏名：

※ 検査当日は、この用紙を必ずお持ちください

スタッフ記入欄

担当技師

担当看護師