

診察券番号：
患者氏名：

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…《 》 | はい | いいえ |
| • 手術以外で体内に金属が入ってますか
【例】 銃弾、事故による金属破片、他…《 》 | はい | いいえ |
| • 取り外せる入れ歯を使用していますか
※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 | はい | いいえ |
| • 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
妊娠の可能性、はい、の方へ（ ）週くらい | はい | いいえ |

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