

# 患者氏名欄

## MRI 検査 事前確認票（医師・患者記入用）

安全に検査をお受け頂くために、必ず医師と共に確認して記入して下さい  
記入漏れ及び不明確な項目がある場合には検査ができない場合があります

MRI 検査のご経験はありますか？

[ 無 ・ 有 ]

確認技師名

以下の項目はご本人もしくは代理人が記入して下さい。

MRI 検査禁忌項目の 1、2、3、4 が 1 つでも【有】の場合、検査はできません。

質問事項（各項目の該当するところを○で囲み、必要なところをご記入ください）	技師確認欄
1. 心臓ペースメーカーはありますか？ [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
2. 人工内耳はありますか？ [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
3. 体内電子装置 ・ 神経刺激装置はありますか？ [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
4. 内視鏡検査(胃カメラ、大腸検査など)の止血用クリップはありますか？ (止血用クリップが留置していると検査できません。) [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
5. 脳動脈クリップはありますか？ [ 無 ・ 有(MRI 対応確認済み) ]	<input type="checkbox"/>
6. 金属製の人工心臓弁・人工関節はありますか？ [ 無 ・ 有(MRI 対応確認済み) ]	<input type="checkbox"/>
7. スtent・コイル・フィルター(冠動脈・脈管系・腹部静脈フィルター)等ありますか？ [ 無 ・ 有(MRI 対応確認済み) ]	<input type="checkbox"/>
8. 入れ歯(磁石式は歯科医に確認)・差し歯・インプラントはありますか？ [ 無 ・ 有 ・ 磁石式 ]	<input type="checkbox"/>
9. 眼球内に金属片はありますか？ [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
10. 上記 1～8 以外の体内金属(金属片など)はありますか？ [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
11. 閉所恐怖症(狭い空間が苦手)はありますか？ [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
12. 妊娠の可能性はありますか？(妊娠 14 週未満では検査できません) [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
13. 湿布、ニトロダーム TTS、ニコチネルTTS、ニュープロパッチ、ノルスパンテープ、置き針、磁気治療パッチなどを表皮に貼っていますか？ <u>火傷する恐れがありますので検査時ははずしてください。パッチは張り替えをご用意ください。</u> [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
14. 入れ墨や外ウー(アートメイク)はありますか？(火傷や変色する可能性があります) [ 無 ・ 有(承諾済み) ]	<input type="checkbox"/>
15. 補聴器・歯列の矯正・義手・義足・義眼はありますか？ [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
16. カイロ・保温下着・遠赤外線下着を着用していますか？ 火傷するおそれがありますので検査時は着用しないでください。 [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
17. カラーコンタクトレンズ・アイメイク・ネイルアートをしていますか？ [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>
18. 手術例はありますか？(有の方は手術内容を下記に記してください) [ 手術内容をご記入ください: ] [ 無 ・ 有 ]	<input type="checkbox"/>

体重 Kg 記入日 年 月 日 患者署名: (代理人可)

※ご不明な点は、放射線部 MRI 検査室 03-3480-1151 (内線 3219) までお問い合わせください