**ＭＲＩ検査前チェックシート**

※必ず全ての項目に漏れなく記入して下さい。安全なＭＲＩ検査にご協力お願いします。

ＭＲＩ検査日：　　　年　 　月　　日　　　　　　　　 　依頼医：

患者氏名：　　　　　　　　　 　 身長：　 　 　　　cm 体重：　 　 　kg

**原則禁忌項目（下記の項目に該当する場合は原則ＭＲＩ検査を受けることが出来ません）**

※下記の体内医療機器で３Ｔ(テスラ)ＭＲＩ対応製品の場合は放射線科医にご相談下さい

1．ペースメーカーや埋め込み型除細動器が入っている　　　　　　　　　はい　　　いいえ

2．体内に神経刺激装置や骨刺激装置が入っている　　　　　　　　　　　はい　　　いいえ

3．その他体内に電子的な機器が入っている　　　　　　　　　　　　　　はい　　　いいえ

4．人工内耳・人工中耳をしている　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　　いいえ

5．妊娠中である　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　　いいえ

**確認項目**

1．脳動脈瘤手術においてクリップやコイルを使用している　　　　　 　　はい　 　いいえ

2．その他体内にクリップやコイルなどがある（外科用コイルを含む） 　　はい 　　いいえ

**※はいの場合は留置箇所を記載して下さい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

3．大動脈ステントやその他のステント挿入術を受けている　 　　　 　　はい　　いいえ

**※はいの場合は留置箇所を記載して下さい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

4．水頭症シャントシステムをしている　　　　　　 　　　　　　　　　　はい　　いいえ

5．人工関節やプレートなどの体内金属がある　　　　　 　　　　　　　　はい　　いいえ

**※はいの場合は留置箇所を記載して下さい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

6．磁石式の入れ歯や磁石式の義眼をしている　　　　　　　　 　　　　　はい　　いいえ

※磁石式の製品は場合によっては吸着力が低下する可能性あり

7．上記以外で体内に金属や医療機器がある　　 　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

**※はいの場合は具体的に記入して下さい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**確認項目で「はい」にチェックありの場合**

上記の該当製品はＭＲＩ対応である　 　　　　　　　　　　　　　　　はい　　いいえ

※MRI対応であるが3T対応か不明な場合は放射線科医にご相談下さい 　 (検査可)　 (検査不可)

**ステントやコイルを留置している場合**は留置後８週間を経過している　　　はい　　いいえ

又は留置後８週未満だが添付文書のMRI禁忌期間を経過している　　　　 (検査可)　 (検査不可)

**※当院のＭＲＩ装置は３Ｔ装置ですので、３ＴＭＲＩで検査可能である事をご確認下さい**

**※MRI対応か不明な場合はご相談下さい**

**注意事項**

1．義手・義足をしている（金属部分あれば検査時に外して頂きます）　　 はい　　いいえ

2．入れ墨やアートメイクをしている（熱傷や変色の可能性があります） 　はい　　いいえ

3．閉所恐怖症である（検査はトンネルのような機器の中で行います） 　はい　　いいえ

4．補聴器や入れ歯をしている（検査時には外して頂きます）　　　　　 　はい　　いいえ