

# MR I 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MR I 検査にご協力をお願いします。

MR I 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MR I 検査を受けることが出来ません）		
※下記の体内医療機器で3 T(テスラ)MR I 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. その他体内に電子的な機器が入っている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 人工内耳・人工中耳をしている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 妊娠中である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 人工関節やプレートなどの体内金属がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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MR I 対応である	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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)
<u>ステントやコイルを留置している場合</u> は留置後8週間を経過している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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MR I 装置は3 T装置ですので、3 T MR I 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）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ