

MRI チェックリスト (FAX 送付状 : 0285-25-

ふりがな

- 患者名 : _____ 様 (____) 歳 (男・女)
- 生年月日 : 大・昭・平・令 ____年 ____月 ____日 (西暦____年)
- 住 所 : 〒 _____
- 連絡先電話番号 : _____ 自宅 ・ 携帯
- MRI 検査 予約日時 月 日 () 曜日
午前・午後 時 分

MRI 検査は強い磁石を使用して検査を行います。安全に検査を行うために下記の①～⑩の質問にお応えください。「はい」「いいえ」の当てはまる方に○印をしてください。

- | | | | |
|--|----|---|-----|
| ① 心臓ペースメーカー・除細動器を使用していますか | はい | ・ | いいえ |
| ② 脳動脈瘤クリップ、脳・心臓のステント、人工関節等の金属が体内に入っていますか | はい | ・ | いいえ |
| ③ 人工内耳を使用していますか | はい | ・ | いいえ |
| ④ インプラントはしていますか | はい | ・ | いいえ |
| ⑤ 閉所恐怖症の可能性がありますか | はい | ・ | いいえ |
| ⑥ 入れ墨 (タトゥー) を入れていますか | はい | ・ | いいえ |
| ⑦ アートメイク (アイシャドー) を入れていますか | はい | ・ | いいえ |
| ⑧ 目の外傷歴 (手術) がありますか | はい | ・ | いいえ |
| ⑨ 女性の方にお聞きします | | | |
| 現在妊娠中ですか | はい | ・ | いいえ |
| 授乳中ですか | はい | ・ | いいえ |
| ⑩ 造影剤を使用する予定の方にお聞きします | | | |
| 造影剤で皮疹などアレルギー反応が起きたことはありますか | はい | ・ | いいえ |
| 腎機能が悪いと言われたことはありますか | はい | ・ | いいえ |

*検査着に着替え終わりましたら、からだに何もついていないことをもう一度確認してお待ち下さい。

*化粧品には金属が含まれている場合があります、発熱によるやけどを引き起こす恐れがありますのでご遠慮ください。

*下記のものは事前に外しておいてお待ち下さい

メガネ 時計 義歯 補聴器 かつら (ヘアピース) ヘアピンなどを含む装飾品
 アートミクロン (増毛ヘアパウダー) ニトロダーム (心臓貼り薬) 湿布 カイロ ホッカイロ
 エレキバン ホッカイロ キャッシュカード カラーコンタクト など