

MRI検査を受けられる方へ(検査前チェックシート)

他院で発行された、MRI検査を受けて良いという証明書をお持ちの方は看護師にご提示下さい。
MRIの安全な検査を行うために下記の項目の確認をお願いします。

・今までMRI検査を受けたことがありますか？ あり なし

・MRI検査ができない方「あり」の場合は検査できません。

(1)心臓ペースメーカー あり なし

(2)人工内耳等の電子機器の装着 あり なし

(3)妊娠初期または妊娠の可能性 あり なし

・下記項目について確認し、「あり」の場合は検査意思の再確認をして下さい。

(1)アートメイク(眉墨・アイシャドウ etc.) (火傷の可能性あり) あり なし

(2)コンタクト(カラーも)(火傷の可能性あり) あり なし

(3)刺青・タトゥー(火傷の可能性あり) あり なし

(4)入れ歯・歯列矯正用具・インプラント あり なし

(5)義眼(検査時はずして下さい) あり なし

(6)補聴器(検査時はずして下さい) あり なし

(7)心臓系貼り薬(火傷の可能性あり) あり なし

(8)ヘアファンデーション(火傷の可能性あり) あり なし

・体内金属の「あり」の場合記入して下さい。 あり なし

手術部位：() 手術時期：()年頃

種類：脳動脈クリップ 心臓人工弁 人工骨頭・関節 その他()

上記に関してMRI検査(可・不可・不明)です。 当院では平成元年以降であれば可能

その他、何か注意点がありましたらご記入下さい。

上記の内容を理解し、検査を行うことに同意いたします。
ご本人または、代理人のご署名をお願いします。

日付	署名	身長	体重	説明者
/	.	cm	kg	