

MRI 検査チェックリスト

氏名

生年月日

検査予定日時

手術等により体内金属が入っている場合、材質により火傷・事故等に繋がる場合があります。安全に検査を受けていただくために当てはまるものにチェックを、**何も無い場合には右下の体内金属なしへチェック**をお願い致します。

部位	確認事項	チェック	備考(何を、いつ入れたか)
頭部	脳動脈瘤コイル・クリップ	<input type="checkbox"/>	
	可変式脳圧シャントバルブ	<input type="checkbox"/>	
	脳深部刺激装置	<input type="checkbox"/>	
	磁石磁気の義眼	<input type="checkbox"/>	
	歯科インプラント、磁石式入れ歯	<input type="checkbox"/>	
	眼内金属	<input type="checkbox"/>	
	人工内耳、中耳	<input type="checkbox"/>	
心臓	ペースメーカー	<input type="checkbox"/>	
	埋め込み型除細動器	<input type="checkbox"/>	
	人工弁	<input type="checkbox"/>	
	ステント、カテーテル	<input type="checkbox"/>	
血管	ステント、静脈フィルター	<input type="checkbox"/>	
全身	整形インプラントなどの体内金属	<input type="checkbox"/>	
	内視鏡止血クリップ	<input type="checkbox"/>	
	体内金属片	<input type="checkbox"/>	
	刺青、アートメイク	<input type="checkbox"/>	
	持続血糖測定器(リブレ)	<input type="checkbox"/>	
その他	経皮吸収型貼付薬	<input type="checkbox"/>	
	妊娠、又は妊娠の可能性	<input type="checkbox"/>	
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	
	その他	<input type="checkbox"/>	

◎上記事項を確認し、検査を行う事に同意します。

体内金属なし

記入日 年 月 日

患者署名

説明者