

患者番号 _____

検査日 _____

氏名 _____

診療科・病棟 _____

生年月日 _____

身長・体重 _____ cm _____ kg

MRI チェックシート 依頼医師 _____

安全に検査を行うため、以下の事項の確認が必要となります。
確認の上、該当する項目の□にチェック✓をお願いいたします。
検査当日に利用しますので必ず持参していただき、検査直前に技師にお渡しください

- 今までに MRI 検査を受けた事がありますか □はい □いいえ
○閉所恐怖症ですか（狭い場所が苦手である） □はい □いいえ
○妊娠中ですか（原則4か月を超えれば撮影可能） □はい □いいえ
○入れ墨、タトゥー、アートメイクはありますか □はい □いいえ
○喘息治療中ですか(造影時) □はい □いいえ

体内に以下のものはありますか？ □ありません

- 検査ができないもの □心臓ペースメーカー □体内自動除細動器 □埋込み型薬剤注入ポンプ
□体内神経刺激装置 □深部脳刺激装置 □義眼（金属性又は磁石で着脱式の物）
□乳房皮膚拡張器 □人工内耳 □スワンガンツカテーテル □イレウス管
注意が必要なもの □脳内動脈瘤クリップ □脳室シャント □人工関節
□手術用固定金属 □子宮内避妊具 □脊髄刺激装置 □ポート □ステント
□インスリンポンプ □血糖測定器（CGM/FGM）
□植込み型心臓モニタ（ICM） □事故などによる、体内への金属片

以下の項目を検査直前に技師と確認しますので、その前にご自身でチェックしてください。

下記の物を身に着けていますか？ □ありません

- ヘアピン □ヘアピース（かつら） □増毛スプレー
□メガネ □補聴器 □外せる義歯 □カラーコンタクト
□コルセット □サスペンダー □ベルト □万歩計
□アクセサリー類 □時計 □鍵 □財布 □スマホ・携帯電話
□磁気カード □ライター □義手・義足 □その他電子機器

体に貼っていますか？ □ありません

- 使い捨てカイロ □エレキバン（製品名） □湿布 □ニコチネルパッチ □ニトロダーム
□ノルスパンテープ □ニュープロパッチ □その他

その他 □ありません

- 酸素ボンベ □輸液ポンプ □シリンジポンプ □J-VAC サクションリザーバー
□体温計 □血圧計 □心電図モニタ □サチュレーションモニタ（接続ケーブルも）

★化粧（アイシャドー、マスカラ、ラメ等）は検査に影響が出る場合があるため落としていただく場合があります。
★ご不明な点がございましたら、お気軽に技師にお尋ねください。

技師確認欄 _____ 看護師確認欄 _____

釧路ろうさい病院 中央放射線部