

患者番号	検査日
氏名	診療科・病棟 脳神経外科
生年月日 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。お手数ですが確認の上、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

予約時に以下の項目を確認してください

- 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
- 今までに手術の経験はありますか はい いいえ
- 喘息ではありませんか(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 骨成長刺激装置 脊髄刺激装置
- 乳房皮膚拡張器 人工内耳 義眼（金属性又は磁石で着脱式の物）

- 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
- 頸動脈クランプ 手術用ワイヤー 手術用プレート 子宮内避妊具
- インスリンポンプ 置き針（治療用針） 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。

下記の物を身に付けていますか？ ありません

- 補聴器 義手・足等 万歩計 時計 携帯電話 スマホ
- 外せる入歯 ヘアピン ヘアピース（かつら） イヤリング ピアス
- カラーコンタクト コルセット サスペンダー ベルト ネックレス
- プレスレット 指輪 財布 診察券 磁気カード
- 鍵 ライター 電子タバコ その他電子機器

体に貼っていますか？ 貼っていません

- 使い捨てカイロ エレキバン（製品名） ニコチネルパッチ 湿布
- ノルスバンテープ エストラナーナテープ ニュープロパッチ ニトロダーム

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
- 心電図モニター サチュレーションモニター（接続ケーブルも） 体温計 血圧計 点滴台

★化粧（アイシャドー、マスカラ、ラメ等）は検査前に落としていただく場合があります
 ★お荷物は所定のロッカーに預けていただきます
 ★急患対応等により検査開始時間が遅れる場合がございます。
 ★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。