MRI検査チェックリスト(共同利用)

氏名　　検査部位　　検査日　　年　　月　　日

生年月日　　年　　月　　日 年齢　　歳　　性別　　身長　　cm 体重　　kg

過去のMRI検査歴　　無・有（　　ヶ月・年 前）（当院・他院）

医師	項目	備考
なし☐ あり☐	心臓ペースメーカ　(メーカー:　　)	原則禁忌　当該診療科紹介お願いいたします
なし☐ あり☐	植え込み型除細動器 (メーカー:　　)	原則禁忌　当該診療科紹介お願いいたします
なし☐ MR対応☐ 非対応☐	脳動脈瘤クリップ	原則禁忌　※1
なし☐ あり☐	神経刺激装置（深部脳刺激装置）	禁忌
なし☐ あり☐	圧可変式シャントバルブ	原則禁忌　当該診療科紹介お願いいたします
なし☐ あり☐	人工内耳	原則禁忌　当該診療科紹介お願いいたします
なし☐ MR対応☐ 非対応☐	下大静脈フィルター	原則禁忌　※2
なし☐ MR対応☐ 非対応☐	塞栓用コイル	発熱や動く恐れあり
なし☐ MR対応☐ 非対応☐	各種ステント (　　)	原則禁忌　※3 (挿入日:　　)
なし☐ MR対応☐ 非対応☐	心臓人工弁	原則禁忌　※4
なし☐ MR対応☐ 非対応☐	胃管, 内視鏡クリップなど	発熱や動く恐れあり
なし☐ あり☐	スワンガンツカテーテル	禁忌
なし☐ あり☐	眼窩内金属片	発熱や動く恐れあり
なし☐ あり☐	可動性義眼	禁忌
なし☐ あり☐	DIBキャップ	破損
なし☐ あり☐	ニトログリセリン真皮浸透絆創膏	禁忌
なし☐ あり☐	ノルスパンテープ	禁忌
なし☐ あり☐	妊娠　(週数:　　)	原則禁忌　※5
なし☐ あり☐	閉所恐怖症	
なし☐ あり☐	義歯, インプラント	磁場により磁力を喪失、破損する恐れあり
なし☐ あり☐	刺青	色素に鉄分含有の場合、火傷の恐れあり
なし☐ あり☐	その他金属,貼付薬 (　　)	

下記項目は、検査前にはずしていただく必要があります。検査当日は、可能であればなるべく付けずに来院いただくように説明をお願いいたします。

説明済☐	カラーコンタクトレンズ	色素に鉄分含有の場合、火傷の恐れあり
	補聴器, 時計, 磁気カード, 携帯電話	破損
	ブラジャー、磁気付き腹巻き	火傷の恐れあり
	メガネ, アクセサリー類：ヘアピン, ピアス, 指輪など	破損、火傷の恐れあり
	貼り薬：湿布, カイロ, エレキバンなど	火傷の恐れあり
	化粧：アイシャドー, マスカラ, ラメ, 増毛パウダーなど	色素に鉄分含有の場合、火傷の恐れあり

※1　当院にて1982年以前もしくは他院において手術した場合は、特に注意を要する。

※2　ギュンターチューリップ下大静脈フィルターは、挿入直後から検査可能。バーズネスト下大静脈フィルターは、留置後6週間以内は禁忌。

※3　挿入直後から検査可能～6週間以内は禁忌と様々なため、当院では留置後6週間以内は原則検査を行わない。

※4　1970年以前の製品は、特に注意を要する。

※5　器官形成期(およそ妊娠3～8週がもっとも該当、安全域を見込むと14週目まで)の施行は慎重に行うべきであり、原則この時期の検査は行わない。

問診日 _____ 問診者署名 _____

上記につき、禁忌事項がないことを確認した。　　医師署名 _____

2020.7.20　放射線科作成