MRI 検査チェックリスト

氏名　　様

生年月日　　年　月　日　　性別　男・女

事前確認事項	有	無	備考
※脳手術	□	□	[いつ頃：　　]
※脳動脈クリップ	□	□	[いつ頃：　　]
※心臓手術	□	□	[いつ頃：　　]
※心臓ペースメーカー	□	□	[いつ頃：　　]
※体内金属片	□	□	[いつ頃：　　何が：　　]
※人工関節	□	□	[いつ頃：　　]
※インプラント	□	□	[いつ頃：　　]
以前にMRI検査を受けたことがある	□	□	[いつ頃：　　]
義歯	□	□	[　　]
義眼	□	□	[　　]
刺青	□	□	[　　]
てんかん	□	□	[　　]
閉所恐怖症	□	□	[　　]
妊娠(女性のみ)	□	□	[　　]
避妊リング（女性のみ）	□	□	[　　]

※は主治医に相談するか手術を受けた医療機関でMRI検査を受けてもよいか確認して下さい

上記にチェックし、検査に支障がないことを確認しました。

依頼医

ご本人または代理人のご署名を願います。

記入日　　年　　月　　日

氏名

MRI 撮影室入室前チェックリスト

入室前確認事項(全て除去)	有	無	入室前確認事項(全て除去)	有	無
入れ歯	□	□	湿布	□	□
補聴器	□	□	経皮吸収貼付剤*	□	□
眼鏡	□	□	磁気カード	□	□
時計	□	□	カラーコンタクト	□	□
指輪	□	□	携帯電話	□	□
ベルト	□	□	コルセット	□	□
使い捨てカイロ	□	□	アクセサリー、ヘアピン	□	□
エレキバン	□	□	金属の付いた下着	□	□

＊ニコチネルTTS及びニトロダームTTSは、アルミニウムが使用されているため外すこと

記入者氏名

榊原温泉病院　放射線部