スキャン済　□

検査時必ず持参してください(3枚目)

MRI検査　事前確認票

チェックがない場合は検査をおこなうことができません。

＊No.1～12は、検査申込時に担当医が記入してください。
MRI禁忌項目（下枠内）が[有]の場合は、検査ができないことがあります。

〔FAX予約〕

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名	様 〔旧姓	男 ・ 女		年　月　日（　歳）

1. 心臓ペースメーカー　[無 ・ 有 ・ MRI対応※]
※ペースメーカー外来へコンサルしてください。
2. 人工内耳　[無 ・ 有] →MRI対応でも当院は検査不可
3. 体内電子装置 ・ 神経刺激装置　[無 ・ 有] →MRI対応でも当院は検査不可
4. 脳動脈瘤クリップ　[無 ・ 有 ・ MRI対応]
有の場合でもMRI対応なら検査可能
5. 内視鏡止血用クリップ　[無 ・ 有 ・MRI対応]
MRI対応なら検査可能。不明の場合は、検査できません。
6. 金属製人工心臓弁・人工関節　[無 ・ 有 ・ MRI対応人工弁 ・ 人工関節]
有の場合でもMRI対応なら検査可能
7. ステント・コイル・フィルター　[無 ・ 有→留置直後（ **対応 ・ 非対応** ）]
（冠状動脈・脈管系・腹部静脈フィルターなど）
留置直後非対応の場合でも、留置後6週間を経過していれば検査可能
8. 眼球内金属片　[無 ・ 有]
9. 上記以外の体内金属　[無 ・ 有]
（砲弾の破片や金属片など）
10. 閉所恐怖症（狭い空間が苦手である）　[無 ・ 有]
11. 妊娠中 ・ 妊娠の可能性　[無 ・ 有 （　週）・ 不明]
妊娠13週未満の場合、検査できないことがあります。
12. 入れ墨（タトゥー）　[無 ・ 有（了承済）]
火傷や変色する可能性があります。

以下の項目は患者さん、または代理人が記入し、検査当日に持参してください。

13. MRI検査経験　[無 ・ 有]
14. 入れ歯（磁石式は歯科医に確認）・差し歯・インプラント　[無 ・ 有 ・ 磁石式]
磁石式の義歯の場合、装着したまま検査を行うと磁力が弱まる可能性があります。
15. 補聴器・歯列矯正・義手・義足・義眼・インスリンポンプ・グルコース測定器　[無 ・ 有]
16. カラーコンタクトレンズ（検査時はお取りください）・アイメーク・ネイルアート・増毛パウダー　[無 ・ 有]
17. 湿布、ニトロダーム/ニコチネルTTS、ノルスパンテープ、置き針、磁気治療パッチ
火傷する可能性がありますので検査時はお取りください。パッチは貼り替えをご用意下さい。　[無 ・ 有]
18. カイロ・保温下着・遠赤外線下着（ヒートテック）の着用　[無 ・ 有]
火傷する可能性がありますので検査時は着用しないで下さい。
19. 導尿留置カテーテル（磁石式キャップの場合は、検査前にキャップ交換を行います）　[無 ・ 有]
20. 手術歴 （有の方は下のメモ欄に手術部位等の記入をお願いします）　[無 ・ 有]
21. 現在 授乳中である　[無 ・ 有]
22. 現在の身長・体重を記入してください　[cm ・ kg]

心電図モニタ・輸液ポンプ・インスリンポンプ・持続グルコース測定器・補聴器などは入室前にお外しください。

メモ

記入日　年　月　日　　患者 氏名：

確認者(代理人・医療ｽﾀｯﾌ)：

検査日　年　月　日　　技師名（更衣時　　/入室時　　）

ご不明な点がありましたら 東京慈恵会医科大学附属柏病院 MRI検査室（04-7164-1111 内線2384）まで