

MRI 検査 事前 確認 票 (患者記入用)

患者ID _____

氏名 _____

様

検査前日までに太枠内の項目を記入し、検査時必ず持参して下さい。

※下記に当てはまる場合、検査できないことがあります。

質問内容		○で囲んで下さい	技師 確認欄
MRI 検査歴		[無 ・ 有]	
体内金属について	心臓ペースメーカー ※MRI 対応でなければ検査できません	[無 ・ 有] [MRI 対応]	
	体内電子装置・神経刺激装置(DBS・SCS など) ※MRI 対応でなければ検査できません	[無 ・ 有] [MRI 対応]	
	人工内耳	[無 ・ 有]	
	脳動脈クリップ	[無 ・ 有]	
	金属製の人工心臓弁・人工関節	[無 ・ 有]	
	ステント・コイル・フィルター(冠動脈・腹部静脈フィルター・脈管系など)	[無 ・ 有]	
	上記以外の体内金属や医療機器 (体内金属片、圧可変式バルブシャント[水頭症治療用]、内視鏡クリップ、アーメド緑内障バルブ スワン-ガンツカテーテル、J-VAC ドレナージ、イレウス管、磁石式カテーテルキャップなど)	[無 ・ 有]	
身体状況等について	閉所恐怖症(狭い空間が苦手)	[無 ・ 有]	
	妊娠中・妊娠の可能性 ※妊娠 13 週未満の場合、検査できないことがあります	[無 ・ 有] (妊娠 週)	
	授乳中 ※造影剤・消化管造影剤を使用する方は2日間授乳を避けてください	[無 ・ 有] (注意点了承)	
	入れ墨(タトゥー・アートメイク) ※火傷や変色する可能性があります。リスクをご了承の上検査となります。	[無 ・ 有] (リスク了承)	
	MRCP 予約の方、消化管造影剤(ボーステル)を使用する方 テトラサイクリン系経口抗生物質、ニューキノロン系経口抗菌剤、セフジニルを使用している ※薬剤の作用が減弱する恐れがあるので、検査終了後3時間程度服用を控えてください	[無 ・ 有] (注意点了承)	
	手術歴と内容をご記入ください		
持ち物について	入れ歯・差し歯・インプラント ※磁石式の場合はあらかじめ歯科医に確認が必要です。 また、検査によって磁力が弱まるリスクにご了承の上検査となります。	[無 ・ 有] [磁石式] (リスク了承)	
	補聴器・歯列の矯正・義手・義足・義眼	[無 ・ 有]	
	湿布・カイロ・磁気治療パッチ・その他貼付薬 (湿布、置き針、ニトロゲム/ニコチネル TTS、ニュープロパッチ、ノルспанテープ、エレキバン等)	[無 ・ 有]	
	アクセサリ類 ※下記のもの外した状態でご来院ください。外せない場合、検査できないことがあります。 (カラーコンタクトレンズ、アイメイク、マグネットつけまつげ、ネイルアート(マグネットネイル)、 増毛パウダー、ヘアメイクパウダーおよびヘアスプレーなど)	[無 ・ 有]	
	保温下着・遠赤外線下着(ヒートテック)の着用	[無 ・ 有]	

確認技師名 _____

現在の身長と体重をご記入ください

[身長

cm]

[体重

kg]

記入日:

年

月

日

患者(代理人)署名: