

MRI検査前チェックリスト

ご氏名 () 様) 検査日時 令和 年 月 日 時 分 開始予定

体 重 (kg)

過去にMRI検査を受けたことがありますか ☐ 無 ☐ 有 → () 頃)

該当するものにチェックをして下さい。

1) 脳外科手術の有無 ☐ 無 ☐ 有 血管クリップ ☐ 無 ☐ 有

2) 耳鼻科手術の有無 ☐ 無 ☐ 有 人工内耳 ☐ 無 ☐ 有

3) 心臓手術の有無 ☐ 無 ☐ 有 ペースメーカー ☐ 無 ☐ 有

ステント・人工弁 ☐ 無 ☐ 有

4) 整形外科手術の有無 ☐ 無 ☐ 有 インプラント ☐ 無 ☐ 有

* プレート・スクリュー・人工関節など

5) 歯科手術の有無 ☐ 無 ☐ 有 インプラント ☐ 無 ☐ 有

* 義歯・プレートなど

6) その他の体内異物 ☐ 無 ☐ 有 (伏針・金属片・その他)

7) 妊娠の可能性 ☐ 無 ☐ 有 妊娠 () 週

8) 入れ墨・タトゥー ☐ 無 ☐ 有 (取り外せないもの)

以下の物品を身につけていらっしゃいますか？ (これらは検査前に取り外していただきます。外すことが出来ない場合は、検査ができないことがあります。)

9) 指輪 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 取り外し不可

10) 義眼 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 取り外し不可

11) 避妊リング ☐ 無 ☐ 有 ☐ 取り外し不可

12) 義肢 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 取り外し不可

13) 補聴器 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 取り外し不可

14) 入れ歯 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 取り外し不可

15) カラーコンタクト ☐ 無 ☐ 有

16) 眼鏡 ☐ 無 ☐ 有

17) 湿布・貼り薬

18) 使い捨てカイロ

19) ラメ入りのストッキング・下着

20) その他の所持品

上記の内容に間違いありません。 患者様ご署名 _____ 日付 令和 年 月 日

指示医 () 担当看護師 () 担当技師 ()

札幌第一病院