

MR I チェックリスト

検査日	年 月 日 時 分				男・女	
氏名	生年月日		年 月 日			
○手術の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位[] 年頃						
※体内に、金属製の植え込み物や、埋め込まれた医療器具・装置がないか必ず確認 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
○禁忌 (チェックが入った場合は検査ができません)						
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・除細動器 <input type="checkbox"/> 人工内耳・人工中耳 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 眼球内金属 <input type="checkbox"/> 入れ墨・アートメイク <input type="checkbox"/> 皮下・体内異物 (金属片、鉄工, 溶接工, 戦争時の銃弾片) <input type="checkbox"/> 水頭症治療シャント <input type="checkbox"/> 脳深部刺激装置 <input type="checkbox"/> 脊髄刺激装置						
※注意(チェックが入った場合は、手術した医療機関に MRI 可否の確認をお願いします)						
<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ・コイル (材質を確認) <input type="checkbox"/> 歯科インプラント (磁石式) <input type="checkbox"/> 冠動脈ステント <input type="checkbox"/> ステント・クリップ・フィルターなど <input type="checkbox"/> その他の医療器具 (心臓 ・ 婦人科 ・ 整形) <input type="checkbox"/> その他の体内異物 () <input type="checkbox"/> ループレコーダー <input type="checkbox"/> 吸収貼付薬剤 (種類によっては剥がして検査) <input type="checkbox"/> 持続血糖測定器 (外して検査) <input type="checkbox"/> 金属加工業の経験・眼球周囲に異物が混入した可能性 (レントゲンで確認して下さい)						
○身の回りのもの (検査当日に確認致しますが外せるものは外して来て下さい)						
<input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> エレキバン <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> ヘアピン <input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 化粧 (ラメ入り) <input type="checkbox"/> ネックレス <input type="checkbox"/> 指輪 <input type="checkbox"/> 時計 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> ライター <input type="checkbox"/> 財布 (硬貨・カード類) <input type="checkbox"/> 鍵 <input type="checkbox"/> ベルト <input type="checkbox"/> 金具のついた衣類 <input type="checkbox"/> 保温肌着 <input type="checkbox"/> コルセット (バンド)						
○その他 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性(検査不可)						
○備考 ※コンタクトを使用されている方は、保存液を持参してください ソフトレンズの場合は、予備のレンズまたはメガネをご用意下さい ※当日、Ag+の含まれた制汗剤の使用はお控えください。やけどの恐れがあります						
チェック者	医師		看護師		技師	