

MRI検査前チェックシート

ID
氏名

徳山中央病院 MRI室

①ペースメーカー留置の有無を確認後、□にチェックをして下さい。

胸部X-P撮影し、ペースメーカー留置が無いことを確認しました。

確実な病歴、画像検査歴からペースメーカー留置が無いことを確認しました。

※体内に磁性体がある場合、MRI装置の磁場によって動いたり外れたりすることがあります。磁性体にかかわらず金属（非磁性体、アルミニウム、真鍮など）は変動磁場に起因する発熱により火傷を負わせる危険性があります。

②安全なMRIの検査を行うため、下記項目の□にチェックし署名をお願いします。

●以下のものが体内にある場合は検査前に医師の確認が必要です

あり なし 心臓ペースメーカ、除細動器、頭部シャントバルブ

あり なし 心臓人工弁

あり なし 人工内耳

●画像にゆがみ等の影響がでる場合があります

あり なし 脳動脈瘤クリップ

あり なし 冠動脈ステント・その他の動脈クリップまたはステント

あり なし 人工骨頭、人工関節

あり なし その他の体内、体外金属

あり なし 刺青（入れ墨）

●検査前に外してください

あり なし 外すことのできる歯・磁石式インプラント（歯科）

あり なし 補聴器

あり なし カラーコンタクト（色素に鉄分が使用されていることがあります）

●検査により20分～60分同じ姿勢を保つことになります

あり なし 閉所恐怖症

あり なし 同じ姿勢を保つことの出来ない痛み

●女性の方のみお願いします

あり なし マスカラ等のアイメイク

あり なし 妊娠の可能性

上記項目に相違のないことを確認しました。

令和 年 月 日 ご署名 _____

チェック実施者氏名 _____