

# MRI 検査のためのチェック項目用紙

ID

検査日 年 月 日

様

科 医師

MRI 検査では検査ができない場合や留意すべき事項があります。  
下記の 4 項目をご確認下さい。

中央放射線科 使用欄  
注射  経口造影剤

I. MRI 検査ができない方		該当する	該当しない
1	①～④を装着している ①心臓ペースメーカー ②埋め込み型除細動器 ③人工内耳 ④後部尿道ステント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	脳動脈瘤クリップ術 (MRI 対応でないもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	けがや事故で眼球内に金属異物が残っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	刺青がある (眉毛やアイラインなどへの美容目的のものを含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	妊娠している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

◆条件付 MRI 対応ペースメーカーの方は、予約時、心電図室 (3231) MRI 室 (2145) へご連絡ください。

II. MRI 検査ができないことがあり、予約時に MRI 検査担当者へ連絡の必要がある方		該当する	該当しない
1	体重が 100Kg 以上、または 100Kg 近くで肩幅が広い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	脳室シャント術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. MRI 検査ができないことがある方		該当する	該当しない
1	仰向けでじっと寝てられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. 上記以外の金属などが体内や体表にあり、安全性に疑義がある場合には下欄に記載して下さい。また、必要に応じて予約時に MRI 担当者に連絡し、安全性について確認して下さい。  
( )

V. 腹部・骨盤部検査時確認事項 (一時的に胃や腸の動きを止める筋肉注射を行ないます。) 該当するものに○をつけてください。  
緑内障 (あり・なし) 前立腺肥大症 (あり・なし) 心疾患 (あり・なし) イレウス (あり・なし)

◆検査直前に義歯、補聴器、義眼、カラーコンタクト、時計、カイロ、シップ、アクセサリ等取り外して下さい。

※ この用紙は当日の検査時に、中央放射線受付へ提出して下さい。 確認日： 年 月 日

※ この用紙は外来・入院にかかわらず、検査の都度必要です。 確認者： \_\_\_\_\_