

# MRI検査を受ける方へ ～MRI検査 事前チェックリスト～

下記項目の確認をして下さい

項目	時期	治療の有無	検査の可否
心臓ペースメーカー	( 年頃手術)	有 ・ 無	検査を受けることができません
人工内耳	( 年頃手術)	有 ・ 無	検査を受けることができません
脊髄電気刺激装置	( 年頃手術)	有 ・ 無	検査を受けることができません
歯科矯正器具		有 ・ 無	検査を受けることができません
大腸内視鏡検査におけるクリップ	( 年 月頃)	有 ・ 無	検査を受けることができません
大腸以外のクリップ (脳動脈瘤、胆のう手術など)	( 年頃)	有 ・ 無	医師の確認が必要です
心臓人工弁	( 年頃手術)	有 ・ 無	医師の確認が必要です
人工関節	( 年頃手術)	有 ・ 無	医師の確認が必要です
リザーバー・カテーテル 各種ステントなど	( 年頃)	有 ・ 無	医師の確認が必要です
入れ墨、アートメイク		有 ・ 無	医師の確認が必要です
その他の体内金属、人工物		有 ・ 無	医師の確認が必要です
妊娠中、または妊娠の可能性		有 ・ 無	医師の確認が必要です

注1  
注2

注1: 歯科矯正器具を外し、検査可能

注2: レントゲン撮影等にて脱落が確認できれば検査可能

※下記項目に該当するものは、検査前に外していただきます(火傷を負う可能性があるため)

・保温下着、遠赤外線下着など	・補聴器	・メガネ	・貼付薬など	・入れ歯
・アクセサリー(指輪、ヘアピン、ピアスなど)		・カラーコンタクト	・血糖自己測定器(リブレシステム)	