

氏名

生年月日:

年

月

日

MRI検査 事前チェックリスト

MRI検査室は非常に強い磁気をはたらいていますので、重大な事故が起こる可能性があります。安全に検査をお受けいただくために下記の項目について確認をお願いします。

この用紙は検査当日忘れずに持参してください。

以下に該当する方は、MRI検査を受けることができません

項目	治療の有無
心臓ペースメーカー 植込み型除細動器	有 ・ 無
人工内耳・中耳	有 ・ 無
脊髄電気刺激装置	有 ・ 無

以下に該当する方は検査を受けられない場合があります

項目	治療の有無	時期
消化器内視鏡用クリップ	有 ・ 無	年 月頃
上記以外のクリップ (脳動脈瘤、胆のう手術など)	有 ・ 無	年頃
心臓人工弁	有 ・ 無	年頃手術
人工関節	有 ・ 無	年頃手術
リザーバー・カテーテル 各種ステントなど	有 ・ 無	年頃
入れ墨、アートメイク	有 ・ 無	
その他の体内金属・人工物	有 ・ 無	
歯科矯正器具、磁石を用いた入れ歯 (かかりつけの歯科でMRI検査の可否を 確認してください)	有 ・ 無	
妊娠中、または妊娠の可能性	有 ・ 無	
閉所恐怖症	有 ・ 無	