

カルテ番号

フリガナ
氏 名

生年月日
年令性別

説明担当者名： _____

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<MRI 検査チェックリスト>

※太枠の①～④は医師によるチェック
⑤～⑩はナースによるチェック

MRI 検査歴

初めて

再

	項 目	あり	なし
①	心臓ペースメーカー		
②	脳動脈クリップ (年前の手術、材質：)		
③	人工心臓弁 (年前の手術、材質：)		
④	ステント留置 (年前の手術、材質：)		
⑤	他の手術での体内金属 ()		
⑥	閉所恐怖症		
⑦	義眼・義手・義足・かつら		
⑧	補聴器・入れ歯・カイロ・エレキバン・貼り薬		
⑨	妊娠の可能性 ※女性のみ		
⑩	体重 ※必ずご記入下さい。	kg	
太枠①は禁忌 ②～④は材質確認の上検討			

MRI 検査室内には、カバンや身に付けている金属類は持ち込めません。
貴重品はご家族にお預けになるか、更衣室（個室）に保管していただきますのでご了承下さい。