

MRI検査 事前確認書

市立四日市病院 サルビア

安全・安心に検査を受けていただくために、以下の事項を十分に確認していただきますようお願いいたします。

患者氏名： _____

禁忌項目 (確認されていない場合は検査ができません)	なし	
心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器		
体内電子装置 (神経刺激装置・骨成長刺激装置・深部脳刺激装置など)		
体内インシュリンポンプ		
人工内耳・中耳		
可動性義眼		
V-Pシャント・L-Pシャント (水頭症)		
(女性) 妊娠初期(14週未満)		
注意を要するもの	あり	なし
脳動脈瘤クリップ・血管内ステント・フィルター・人工弁 ※MRI適合性要確認 (添付文書・施行施設への確認など)		
その他体内金属 (人工関節・金属プレート・止血クリップなど) ※MRI適合性要確認 (添付文書・施行施設への確認など)		
歯列矯正具・マグネット式義歯		
刺青・アートメイク		
閉所恐怖症		
(女性) 金属を含む避妊具		

記載日 年 月 日

※禁忌事項等を確認し、リスクなどの説明をしました。

医師署名 _____

検査当日 入室前確認項目	確認
ニコチンパッチ・ニトロダームパッチ・ニュープロパッチなどの貼付薬	
入れ歯・補聴器	
メガネ・時計・エレキバン・カイロ	
ネックレス・ピアスなどの装身具	
ポケット内の小物類 (携帯電話・カード類・鍵・小銭など)	
アイシャドーなどの化粧・増毛スプレーなど	
カラーコンタクトレンズ	
ヒートテック肌着	

検査日 年 月 日

担当技師 _____