

## MRI検査 事前チェック表

患者さま氏名 \_\_\_\_\_ (身長: \_\_\_\_\_ cm / 体重: \_\_\_\_\_ kg)

患者さまに安全にMRI検査をお受けいただくため、お手数ですが、下記ご確認をお願い致します。  
 ※有・無どちらかに○をご記入ください。

質問事項		有	無
検査不可	1 体内の電子電機部品 心臓ペースメーカー・人工内耳(移植蝸牛刺激装置)・植込み型除細動器・ 神経刺激器・植込み型プログラマブル注入ポンプ		
	2 脳動脈クリップ ※「有」の場合、種類をご記入ください( )		
	3 鉄片・弾丸などが体内外に存在する可能性		
	4 血管内デバイス MRI非対応のコイル・ステント・フィルタ		
	5 リード線・ケーブル		
	6 現在妊娠の可能性がある又は、妊娠12週未満		
取り外し・交換により検査可能	7 補聴器		
	8 義肢		
	9 カラー(虹彩着色)コンタクトレンズ		
	10 尿道カテーテルのDIBキャップ		
	11 金属を含む貼付薬		
	12 保温性下着・赤外線下着		
	13 磁石式の入歯		
	14 医療器具 酸素ボンベ・モニター・針金の入ったシーネ		

裏面に続く→

条件付き検査可	15	皮膚縫合用金属・止血クリップ		
	16	脳神経外科用 骨弁・ワイヤ・縫合材料・プレート・スクリュー・圧可変バルブ		
	17	歯のインプラント		
	18	コイル・ステント・フィルタ・オクルーダ		
	19	頸動脈クランプ		
	20	心臓の人工弁		
	21	整形外科インプラント・材料		
	22	子宮内避妊具・避妊パッサリー		
	23	陰茎インプラント		
	24	入れ墨		
医師と要相談	25	閉所恐怖症		
	26	妊娠中(12週目以降)		
	27	手術歴 [「有」の方は内容をご記入ください]		

※ ご不明な点は、明理会東京大和病院(03-5943-2424)にお問い合わせください。

明理会東京大和病院 地域医療連携室・放射線科