

MRI検査事前チェックリスト

MRI検査を実施するにあたり、このリストにチェックをいただきFAX予約申込み時に情報提供をお願い致します。なお、造影検査のご依頼はお受け出来ません。

患者氏名

紹介元医療機関名

紹介医師名

1. MRIは専用コイルを使用して行うため、複数部位の同時に検査することが出来ません。

検査部位は1部位に限らせていただきます。下記の部位の中から1部位にチェックをして下さい。

尚、複数部位の検査をご希望の場合は、部位ごとに予約をしていただくようになります。

☐ 頭部	☐ 頸椎	☐ 肩 (右・左)	☐ 股 (右・左)
☐ 顔面	☐ 胸椎	☐ 肘 (右・左)	☐ 股関節 (右・左)
☐ 眼窩	☐ 腰椎	☐ 上腕 (右・左)	☐ 膝 (右・左)
☐ 下垂体	☐ 前立腺	☐ 前腕 (右・左)	☐ 大腿 (右・左)
☐ 内耳	☐ 子宮・卵巣	☐ 手関節 (右・左)	☐ 下腿 (右・左)
☐ 骨盤部		☐ 手 (右・左)	☐ 足 (右・左)

2. 患者さんの安全確保及び医療事故を未然に防止するため、以下の事項をご確認（有無にチェック）

いただき依頼医師の署名をお願い致します。

※下記に該当する方は検査が受けられない場合があります。必ず事前にお知らせ下さい。

☐ 有	☐ 無	ペースメーカー、埋込み型除細動器（いずれもMRI対応製品を含む）をつけている。
☐ 有	☐ 無	（2カ月以内に）心臓の手術を受けたことがある。
☐ 有	☐ 無	（2カ月以内に）頭部の手術を受けたことがある。
☐ 有	☐ 無	（検査部位に）人工関節が入っている。
☐ 有	☐ 無	人工内耳を使用している。
☐ 有	☐ 無	妊娠している。またはその可能性がある。
☐ 有	☐ 無	狭い空間が苦手である。（以前にCT検査、MRI検査を受けられなかった）
☐ 有	☐ 無	磁石を利用した入れ歯を使用している。
☐ 有	☐ 無	可変式シャントバルブを使用している。
☐ 有	☐ 無	その他（心配な事項）など ()

【検査の注意事項】

- 時計・入れ歯・補聴器などの金属製のものは、検査前に取り外していただきます。
- 磁気カード類（キャッシュカード等）を所持して検査を行いますと、カードが破損しますのでご注意下さい。
- 過度の化粧（マスカラ・アイシャドー等）はお控え下さい。
- カラーコンタクトを使用されている方は検査前に外していただきます。
（コンタクトレンズを入れる容器及び洗浄液はご持参ください。）
- MRI対応製品を含めペースメーカー、埋込み型除細動器を使用している方は検査出来ません。