

MRI検査チェックリスト

患者氏名： _____

検査予定日 令和 年 月 日 時 分

手術歴 無 有 MRI検査歴 初 再

以下の項目を全て確認して下さい。

<MRI検査予約時医師チェック>

<予約日>
月 日

確認項目		有	無
1	ペースメーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	埋め込み型除細動器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	人工内耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	脳動脈瘤塞栓用コイル・クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	その他の体内埋め込み器械 (体内インシュリンポンプ・埋め込み式神経刺激装置等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	妊娠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 上記の項目はMRI禁忌となっているが、指示あれば実行可とする。 医師確認サイン (_____)

<検査事前患者及び医療者チェック>

・手術歴及び体内にあって取り外せない医療機器等

[_____]

・その他のチェック項目

<検査説明時>

<入室直前>

月 日

月 日

確認項目	有	無	有	無
1 可動型義眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 金属取り扱い業務経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

・取り外さなければいけないもの

<検査説明時>

<入室直前>

月 日

/ / / /

確認項目	有	無	除去確認			
1 カツラ・ヘアピン等の金属製髪留め、粉末増毛剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 メガネ・補聴器・入歯・カラーコンタクトレンズ・義肢等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 指輪・ネックレス・ペンダント・ピアス・イヤリング等の貴金属	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 コルセット(金属含む)・湿布・カイロ・エレキバン等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ニトロダームテープ等(貼り面銀色のもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 衣類や下着に金属のワイヤーやボタン、フックがあるもの等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 刺青・マスカラ・アイシャドー(特に外国製で青色の強い物)等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 自動血糖測定器(リブレ)など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

看護師

患者サイン (_____)

確認者サイン (_____) (_____) (_____) (_____)

放射線技師確認者サイン (_____) (_____) (_____) (_____)

* 検査説明時チェックは、原則本人またはその代理人が記入して下さい。

* 検査終了後この用紙は、看護師に渡して下さい。