

MRI検査チェックリスト

患者氏名 : _____

検査予定日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :

MRI検査歴 : 初 再

手術歴 : 無 有

※ 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	M R I 禁 忌	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. 埋め込み型除細動器		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. 人工内耳		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. 脳動脈瘤塞栓用コイル・クリップ		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/>	<input type="radio"/>
6. 安全の確認できない医療器具 (術後2ヶ月以内の各種ステント・内視鏡クリップ等)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. 妊娠		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 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>
月 日

<入室直前>
月 日

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

・取り外さなければいけないもの

<検査説明時>
月 日

<入室直前>
/ / / /

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="radio"/>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<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="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

患者サイン (_____)

看護師
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。