

MRI検査チェックリスト

患者氏名： _____

検査予定日 平成 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〉

確認項目	MRI 禁忌	〈予約日〉 月 日	
		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機械 (体内インシュリンポンプ・埋め込み型式神経刺激装置等)		<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、指示が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	〈検査説明時〉		〈入室直前〉	
	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〉
月 日

〈入室直前〉
月 日

確認項目	〈検査説明時〉		〈入室直前〉			
	有	無	除	去	確	認
1 カツラ・ヘアピン等の金属製髪留め	<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"/>

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ください。

* 検査終了後この用紙は、看護師に渡してください。