

MRI検査チェックリスト

患者氏名： _____

MRI検査歴： 初 再 検査予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

※ 以下の項目を全て確認して下さい

< 医師チェック >

記入日 _____ 月 _____ 日

MRI禁忌確認項目	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式機械（体内インシュリンポンプ・神経刺激器等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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（ _____ ）

< 患者及び医療者チェック >

・手術歴 無 有

・手術歴及び体内にあつて取り外せない医療機器等

(_____)

<検査説明時>

<入室直前>

・その他のチェック項目

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及び体内に残存する金属類	<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

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・入れ歯・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. 時計・指輪・ネックレス・イヤリング・ピアス等の貴金属	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. コルセット・湿布・カイロ・エレキバン・ニトロダーム等（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"/>
5. ヒートテック等の保温下着、遠赤外線下着等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 金属のボタンやワイヤー、フォックがある衣類や下着	<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"/>

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。

MRI 装着品や医療器具の安全性

	部品・材料	備考
禁忌	体内の電子電機部品	ペースメーカー、移植蝸牛刺激装置(人工内耳)、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(ポンプのローターが一時的に止まる)
	脳動脈クリップ	種類を確認 MRI対応の製品は問題ない 他院で手術したものは確認必須
	目など、決定臓器に位置する強磁性体の破片	鉄片、弾丸など 失明例あり 存在する可能性が高ければレントゲン・CTで確認
	いくつかの血管内デバイス	スワンガンツカテーテルは溶けた例あり MRIに対応していないコイル、ステント、フィルタ
	リード線 ケーブル	発熱、火傷の原因
	補聴器	見落としやすいので注意
	J-VAC サクションリザーバー	内部のスプリングが磁性体(検査時はリザーバーを外す：製品の添付文書参照)
	義肢	部品の一部に磁性体が使用されている
	カラー(虹彩着色)コンタクトレンズ	顔料に微細な金属が含まれていると充血したり目を傷つける
	尿道カテーテルのDIBキャップ	DIB キャップ キャップに磁石が使用されているのでプラスチック製の代替商品に交換
	金属を含む 貼付薬	火傷の原因になるためはがす ニトロダーム、ニコチネルなど
	自動血糖測定器(リブレなど)	故障、破損、火傷等のおそれあり
	ヒートテック 等の保温性下着 赤外線下着	保温機能のあるような金属繊維の折り込まれた衣類は火傷のおそれあり
	磁石式の入れ歯	入れ歯に付いている磁気が消えるため必ず外す
医療器具	酸素ポンプ、輸液ポンプ、モニター、点滴台、針金の入ったシーネなど	
検査可	皮膚縫合用金属 止血クリップ	一般的に安全であるが、様態の変化に注意しておこなう
	脳神経外科用材料	骨弁および固定するためのワイヤ、縫合材料や小さなプレート、スクリュー 磁力で流量調節が可能なシャントチューブは、仕様を確認する必要あり
	歯のインプラント	アーチファクトの原因になるが基本的には可能 磁気アタッチメント入れ歯は外す
	コイル、ステント、フィルタ、オクルーダ	冠動脈ステントは術後6週間程待つ その他は材質が MRI対応しているものは可能
	頸動脈クランプ	一般に安全であるが Poppen-Blaylock の製品は禁忌
	心臓の人工弁	Star-Edward600番以前(1970年以前)の製品は禁忌 現在の人工弁は問題ないとされている
	整形外科のインプラントや材料	年代の古いものは磁性体が混在している可能性がある 膝の十字靭帯再建に用いられる Perfix Interference Screw は強磁性なので禁忌
	子宮内避妊具	避妊ペッサリー アーチファクトが出現するが安全
	陰茎インプラント	不快感を伴うものがある
	入れ墨	火傷・変色：頻度は非常に少ないが検査中に熱感や違和感あれば検査中止
妊婦	医師に胎児の安全性については確立されていない旨を説明し検査を施行するか確認する 原則として妊娠初期(11週)までは検査をおこなわない	