MRIチェックリスト

検査日　　年　　月　　日

氏　名　　様

＜　依頼医様へのお願い　＞

安全な検査を行う為、十分な問診を行って頂きます様宜しくお願い致します。
なお、当院で**“安全性に問題がある”**と判断した場合、また問診票に記載不足があり、
患者様、依頼医様への確認がとれない場合は、検査を中止させて頂く場合があります。

※ ①～③は当院においては絶対禁忌となります。

①	ペースメーカーを装着している	□ NO □ YES
②	妊娠・妊娠している可能性が高い	□ NO □ YES
③	閉所恐怖症である	□ NO □ YES

※ ④～⑨は、可能な限り材質の御確認をお願い致します。

④	整形外科での人工関節・人工骨頭がある	□ NO □ YES(　　)
⑤	インプラントを使用している	□ NO □ YES(　　)

◆インプラント・義歯をご使用の方で、MRI検査が可能なことを証明するもの（歯科の診察カード・証明書）をお持ちの方は、ご持参下さい。

⑥	消化器手術などにおいての吻合器がある	□ NO □ YES(　　)
⑦	脳内に動脈瘤手術等のクリップがある	□ NO □ YES(　　)
⑧	その他体内に金属が埋め込まれている	□ NO □ YES(　　)
⑨	長時間の仰臥位による疼痛がみられる	□ NO □ YES
⑩	刺青がある	□ NO □ YES
⑪	カラーコンタクトレンズを使用している	□ NO □ YES

ご不明な点等ございましたらお手数ではございますが、当院まで御連絡をお願い致します。

辻仲病院柏の葉　放射線科