

※医療機関の方へ 診療情報提供書と一緒にご返送ください

(患者ID) _____ (患者氏名) _____ 様

3テスラ MRI検査前のチェックシート（患者様記入用）

※MRI検査を安全に受けていただくために重要なことです。
内容を確認し、必ずご自身で記入してください。

	チェック		☑ありの場合の確認事項
MRI検査を過去に受けたことがある	☐ なし	☐ あり	年頃 病院名 ()
	チェック		☑ありの場合の確認事項
心臓ペースメーカー	☐ なし	☐ あり	☑ありの場合 MRI禁忌のため検査はできません
植え込み型除細動器	☐ なし	☐ あり	
人工内耳	☐ なし	☐ あり	
神経刺激装置	☐ なし	☐ あり	
骨電気刺激装置	☐ なし	☐ あり	
心臓人工弁	☐ なし	☐ あり	☑ありの場合 手術をした病院に以下を確認してお越し下さい 『3テスラMRIの検査は可能ですか？』 ↓ 確認した病院名 () 3テスラ MRI検査 (可 ・ 不可 ・ 不明) 不可、または不明な場合はおかけの診療科へご連絡ください
血管内ステント	☐ なし	☐ あり	
脳動脈瘤クリップ又はコイル	☐ なし	☐ あり	
脳室内シャント	☐ なし	☐ あり	
胸骨ワイヤー	☐ なし	☐ あり	
人工関節・プレート・ボルト	☐ なし	☐ あり	
手術によるその他の体内金属	☐ なし	☐ あり	
歯科矯正具	☐ なし	☐ あり	
義眼	☐ なし	☐ あり	
冠動脈ステント	☐ なし	☐ あり	手術後 8 週間以内は検査できません
持続グルコース測定器（血糖測定）	☐ なし	☐ あり	装着したまま検査はできません 取り付けた医師に確認し、外してお越し下さい
歯科インプラント	☐ なし	☐ あり	<u>ぐらつきのある場合、検査できませんので</u> <u>事前に治療してお越しください</u>
歯科ブリッジ・差し歯・クラウン等	☐ なし	☐ あり	
金属片や弾丸などの体内金属	☐ なし	☐ あり	<u>火傷や変色の危険性があり、検査が出来ない場合があります</u>
刺青（いれずみ）・アートメイク	☐ なし	☐ あり	
ネイル（金属、ラメ、ジェルネイル）	☐ なし	☐ あり	検査当日は外してお越しください
まつげエクステ（マツエク）	☐ なし	☐ あり	
増毛パウダー（ミリオンヘアーなど）	☐ なし	☐ あり	
コンタクトレンズ（カラーを含む）	☐ なし	☐ あり	検査開始までに外してください
ボディピアス	☐ なし	☐ あり	

記入日 年 月 日 患者様 署名 確認者 ()