

# MRIチェックリスト

## ■検査依頼医療機関

医師署名：

検査依頼日： 年 月 日

検査実施予定日： 年 月 日

## ■患者様情報

患者様氏名：

性別： 男 ・ 女

生年月日： (明・大・昭・平・令) 年 月 日 年齢( )歳

\*このMRIチェックリストは、これから検査を受けられる患者さまの状態を事前にチェックし、よりスムーズに検査を行う為の資料となるものです。ご協力よろしくお願ひいたします。

1. 次に記載している項目に該当する患者さまに対しては、危険性がありMRI検査は行いません。

- (1)心臓ペースメーカーを装着している。  YES  NO
- (2)脳内に金属物(脳動脈瘤手術等のクリップ)がある。  YES  NO
- (3)刺青(金属元素を含むもの)がある。  YES  NO

2. 以下に記載している項目に該当する患者さまに対しては、その程度にもよりますが原則としてMRI検査は行いません。どうしても検査が必要であると主治医が判断した場合に限り、放射線科医と相談の上、検査を行います。

(1)脳以外で体内に金属物がある患者さまについて、当てはまる項目にチェックを付けるか、別記してください。

- 心臓人工弁  人工骨頭  人工関節  手術クリップ  
 事故等による金属片  義眼  その他( )

(2)閉所恐怖症である。(検査は直径約80cm、長さ2mの円筒中に寝て行います)  YES  NO

(3)検査時間中(約15分～30分間)静止できない。  YES  NO

(4)全身状態が極端に不良である。  YES  NO

(5)妊娠又は妊娠の可能性のある患者さまである。(胎児に対しては安全性が確立されていません)

- 妊娠中だが検査が必要である  
 妊娠の可能性があるが検査が必要である  
 妊娠はしていない

(6)その他、当てはまる項目があればチェックしてください。

- 除去の必要な貼付剤  
 除去する医療機器・器具・材料