

MRIチェックリスト(造影用)

■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いいたします。

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

3. 造影剤を使用するため以下に記載している項目のチェックをお願いします。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、MRI造影検査を行わない場合もありますので、その旨ご了承下さい。

- (1) 不整脈 無し 有り
- (2) MRSA感染 + - 未
- (3) 気管支喘息 無し 有り
- (4) アレルギー体質 無し 有り
- (5) 両親・兄弟にアレルギー体質 無し 有り
- (6) 痙攣、てんかんの既往 無し 有り
- (7) 重篤な肝障害 無し 有り
- (8) 重篤な腎障害 無し 有り
- (9) ヘモクロマトーシス等鉄過敏症 無し 有り
- (10) 鉄注射剤に過敏症の既往 無し 有り
- (11) 除去の必要な貼付剤 無し 有り
- (12) 除去する医療機器・器具・材料 無し 有り