

# MRI検査前チェック項目

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

様

- (A)ペースメーカー ..... 有 ・ 無  
(B)心臓人工弁 ..... 有 ・ 無  
(C)人工内耳 ..... 有 ・ 無  
(D)体内神経刺激装置 ..... 有 ・ 無  
(経皮的電氣的刺激装置、感応型の視床刺激装置)  
(E)骨成長刺激装置 ..... 有 ・ 無  
(F)脳動脈瘤クリップ(強磁性体) ..... 有 ・ 無  
(G)スワンガンツカテーテル ..... 有 ・ 無  
(H)義眼(強磁性体を含んだもの) ..... 有 ・ 無  
(I)極度の閉所恐怖症 ..... 有 ・ 無

- (1)安静にしていられますか? ..... できる ・ できない  
(2)コントロールされていない「てんかん」 ..... 有 ・ 無  
(3)現在妊娠、または可能性 ..... 有 ・ 無  
(4)高度の不整脈 ..... 有 ・ 無  
(5)体内金属 ..... 有 ・ 無

※有の場合はチェックをつけて、部位を記入してください。

人工関節   手術によるクリップ   矯正ブリッジ   入れ墨

(部位: \_\_\_\_\_ )

## 造影に関して

- ◎気管支喘息の既往 ..... 有 ・ 無  
◎腎機能(CRTN>1.4mg/dl) ..... \_\_\_\_\_mg/dl ・ 未検  
◎貧血治療のため鉄剤を投与している(リゾビスト使用のみ) ..... 有 ・ 検査未 ・ 無  
◎造影剤の使用 ..... 可 ・ 不可

## 備考

- A~I MRIは施行できません。  
1~4 場合によってはMRIが施行できないことがあります。  
5 撮影部位によっては制限が加わります。

担当医 \_\_\_\_\_