

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 _____