

# MRI検査前チェック項目

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

\_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 男・女

- (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)安静にされていますか? ..... 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  $\left[ \begin{array}{l} \text{eGFRもしくはCRTNを記入してください} \\ \text{↳※CRTN} > 1.4 \text{mg/dl} \end{array} \right]$  ..... eGFR 15以上 ・ 未検  
\_\_\_\_\_ mg/dl
- ◎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 \_\_\_\_\_