

## MRI検査チェックシート

受診日

受診番号

登録番号

[  脳ドック  VSRAD  骨盤 ]

安全にMRI検査を行うため、下記項目の□にチェックし、ご署名ください。

あり	なし	チェック項目	注意事項
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー	検査を受けることができません
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工内耳	検査を受けることができません
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金属製の人工心臓弁	検査を受けることができません
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	神経刺激装置・注入ポンプ	検査を受けることができません
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳動脈瘤クリップ・ステント・コイル・シャント	磁性体でないことの確認が必要です
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鉄片・医療器具などの体内金属 (人工関節・ワイヤー・プレート)	熱を発生したり移動したりすることがあります
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入れ墨(アートメイク・タトゥー)	まれに熱感や腫れが発生することがあります
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アイシャドー・マスカラ等	検査前に落としてください
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	磁石を用いた歯科・眼科用器具	材質の確認が必要です
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器・コンタクトレンズ	検査前に外してください
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ニトログリセリン絆創膏	熱傷の報告があります(商品名:ニトロダーム)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症	不安になる可能性があります
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠の可能性	妊娠初期の安全性は確立されていません

[ 身長                      cm ] [ 体重                      kg ] 署名