

MRI検査チェックシート

受診日

 脳ドック
 VSRAD
 骨盤

受診番号

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 植込み型除細動器(ICD)	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をお済ませください。
<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"/>	ヘアピン・アクセサリー・ピアス ウィッグ	検査前に外してください。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	磁石を用いた歯科器具(矯正器具)	材質の確認が必要です。 ※入れ歯は外していただきます。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器	検査前に外してください。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	カラーコンタクトレンズ	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 湿布・カイロ	熱傷の報告があります。 (商品名:ニトロダーム・ピップエレキバン等)
<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。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自覚症状	<input type="checkbox"/> ありの方は症状を ご記入ください

 身長 cm
 体重 kg
 署名