

MRI検査 体内金属チェックリスト

MRI検査を安全・確実に行うために、下記の質問に「はい」か「いいえ」でお答えください。

(○で囲む)

①	心臓ペースメーカーを使用していますか？	いいえ・はい
②	植え込み型除細動器を使用していますか？	いいえ・はい
③	人工内耳の手術をしていますか？	いいえ・はい
④	圧可変式の脳室シャントバルブを使用していますか？	いいえ・はい
⑤	整形外科的手術にて人工関節等の金属がありますか？	いいえ・はい
	「はい」の方⇒(部位: _____ 時期: _____)	
⑥	ステント治療を受けたことがありますか？	いいえ・はい
	「はい」の方⇒(部位: _____ 時期: _____)	
⑦	そのほかに手術による体内金属はありますか？	いいえ・はい
	「はい」の方⇒脳動脈クリップ、人工心臓弁、静脈フィルター、その他(_____)	
⑧	入れ歯や義眼を使用していますか？	いいえ・はい
⑨	補聴器を使用していますか？	いいえ・はい

年 月 日

検査を受けるご本人のお名前もしくは署名 _____

代筆者の署名 _____

(続柄: _____)

上記、確認しました。

担当医サイン _____