

MRI検査前のチェックシート

検査予定日
予約時間

1.5 テスラ用

安全のため「なし」、「あり」のどちらかにチェックをつけてください。

体内金属・ 症状等	チェック	「あり」の場合の詳細チェック	注意事項	検査
心臓の手術		冠動脈ステント	年 病院名	△
		磁性体でないことの確認		
		埋め込み8週間以内は不可		
		金属製の人工心臓弁置換術		
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			×
人工内耳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			×
弾丸・金属異物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			×
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			△
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
その他の手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	脳室シャントチューブ	年 病院名	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	脳動脈クリップ・コイル	年 病院名	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	消化管吻合クリップ	年 病院名	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	人工骨頭・人工関節	年 病院名	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	神経刺激装置埋込	年 病院名	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		年 病院名	
歯科インプラント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	磁石タイプは使用できなくなる		△
義眼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	可動型は使用できなくなる為、不可	可動型以外は検査時、外すこと	△
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		検査時、外すこと	
入れ歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		検査時、外すこと	
コンタクト	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		検査時、外すこと	
かつら	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		検査時、外すこと	
入れ墨	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	広範囲な場合は不可		△
アートメイク	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	染料に金属が含まれている場合、熱を発生することがある		
体重	kg	検査に必要です		

※ 体内に磁性体がある場合は、磁場によって動いたり、外れたりする場合があります。

※ 金属は変動磁場に起因する発熱により火傷を起こす可能性があります。

医師	@USERNAME	聞き取り 看護師		技師	
----	-----------	-------------	--	----	--