**ＭＲＩ検査前チェックシート**

※必ず**全ての項目**に漏れなく記入してください。安全なＭＲＩ検査にご協力をお願いします。

患者氏名：　　　 　　　　様　 　　　　　　　　 身長：　　　ｃｍ　　 体重：　 　 　ｋｇ

**禁忌項目（下記の項目に該当する場合はＭＲＩ検査を受けることが出来ません）**

※MRI対応の体内医療機器の場合でも検査できません

1．ペースメーカーや埋め込み型除細動器が入っている　　　　　　　　　はい　　　いいえ

2．体内に神経刺激装置や骨刺激装置が入っている　　　　　　　　　　　はい　　　いいえ

3．その他体内に電子的な機器が入っている　　　　　　　　　　　　　　はい　　　いいえ

4．人工内耳・人工中耳をしている　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　　いいえ

5．妊娠中である(妊娠14週以降は主治医の判断のもと慎重に検討)　 　　はい　　　いいえ

**確認項目**

1．脳動脈瘤手術においてクリップやコイルを使用している　　　　　 　　はい　 　いいえ

2．その他体内にクリップやコイルなどがある（外科用コイルを含む） 　　はい 　　いいえ

**※「はい」の場合は留置箇所を記載してください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

3．大動脈ステントやその他のステント挿入術を受けている　 　　　 　　はい　 　いいえ

**※「はい」の場合は留置箇所を記載してください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

4．水頭症シャントシステムをしている　　　　　　 　　　　　　　　　　はい　　 いいえ

5．人工関節やプレートなどの体内金属がある　　　　　 　　　　　　　　はい　　 いいえ

**※「はい」の場合は留置箇所を記載してください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

6．磁石式の入れ歯や歯科インプラント、磁石式の義眼をしている はい　 いいえ

※磁石式の製品は場合によっては吸着力が低下する可能性あり

7．上記以外で体内や対外に金属や医療機器がある（CVポートなど） はい　　 いいえ

**※はいの場合は具体的に記入してください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**確認項目で「はい」にチェックありの場合**

上記の該当製品はＭＲＩ対応である　 　　　　　　　　　　　　　　　はい　　 いいえ

※MRI1.5T対応か不明な場合は施行した施設に確認してください　　　　 (検査可)　 (検査不可)

**ステントやコイルを留置している場合**は留置後８週間を経過している　　　はい　　 いいえ

又は留置後８週未満だが添付文書のMRI禁忌期間を経過している　　　　 (検査可) (検査不可)

**体内金属のMRI対応が不明な場合（※原則MRI対応であるか施行した施設に確認してください）**

　　MRIへの対応は不明であるが、MRI検査によって生じるリスクは少なく 　はい　　 いいえ

得られるメリットが大きいと判断し依頼医の責任の下に検査を行う　　　(慎重に検査) (検査不可)

**※当院のＭＲＩ装置は1.5Ｔ装置ですので、1.5ＴＭＲＩで検査可能である事をご確認ください**

**注意事項**

1．義手・義足をしている（金属部分あれば検査時に外していただきます） はい　　いいえ

2．入れ墨やアートメイクをしている（熱傷や変色の可能性があります） 　はい　　いいえ

3．閉所恐怖症である（検査はトンネルのような機器の中で行います） 　はい　　いいえ

4．補聴器や入れ歯をしている（検査時には外していただきます）　　　　 はい　　いいえ

　　問診の内容を検討した結果、MRI検査に支障がないものと判断します。

確認日：　　　 　年 　月　　　日　　　　　　　　　確認医師名：