

MRI検査事前チェックリスト

MRI検査を実施するにあたり、このリストの1, 2についてチェックいただき、FAX予約申込み時に併せて情報提供をお願い致します。なお、FAX予約でのMRIの造影検査は受付けておりません。

患者氏名 _____ 様

紹介元医療機関名 _____

紹介医師名 _____

1. MRIは専用コイルを使用して行うため、複数の部位を同時に検査することができません。検査部位は1部位に限らせていただきます。下記の部位の中から1部位にチェックをしてください。なお、複数部位の検査をご希望の場合は、部位ごとに予約をしていただくようになります。

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 右肩	<input type="checkbox"/> 左肩	<input type="checkbox"/> 右膝	<input type="checkbox"/> 左膝
<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> 上腹部※	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 右上腕	<input type="checkbox"/> 左上腕	<input type="checkbox"/> 右下腿	<input type="checkbox"/> 左下腿
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> MRCP※	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 右肘	<input type="checkbox"/> 左肘	<input type="checkbox"/> 右足関節	<input type="checkbox"/> 左足関節
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 下腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 右前腕	<input type="checkbox"/> 左前腕	<input type="checkbox"/> 右足	<input type="checkbox"/> 左足
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 右手関節	<input type="checkbox"/> 左手関節		
<input type="checkbox"/> 頸部		<input type="checkbox"/> 大腿	<input type="checkbox"/> 右手	<input type="checkbox"/> 左手		

※MRCP・上腹部検査は、検査の4時間前から絶飲食になる旨を説明してください。

2. 患者さんの安全確保及び医療事故を未然に防止するため、以下の事項をご確認(有無にチェック)いただき依頼医師の署名をお願い致します。

※下記に該当する方は検査が受けられない場合があります。必ず事前にお知らせください。

[有・無] ペースメーカー、埋込み型除細動器(いずれもMRI対応製品を含む)をつけている

[有・無] 心臓の手術を受けたことがある

[有・無] 頭部の手術を受けたことがある

[有・無] 人工関節が入っている

[有・無] 人工内耳を使用している

[有・無] 体内に金属が入っている(ステント・義眼・義手・義足・砲弾の破片など)

[有・無] ニトロダームTTS、ニコチネルTTS、ノルスパンテープ、ニュープロパッチを貼っている

[有・無] 妊娠している、またはその可能性がある

[有・無] 狭い空間が苦手である(以前にCT検査、MRI検査が受けられなかった)

[有・無] 入れ墨・ネイルアートがある

[有・無] 磁石を利用した入れ歯を使用している

そのほか心配な事項 (_____)

【検査の注意事項】

- 時計・入れ歯・補聴器などの金属製のものは、検査前に取り外していただきます。
- 磁気カード類(キャッシュカード等)を所持して検査を行いますと、カードが破損しますのでご注意ください。
- 過度の化粧(マスカラ・アイシャドーなど)はお控えください。
- カラーコンタクトを使用されている方は、検査前に外していただきます。(コンタクトレンズを入れる容器及び洗浄液はご持参ください)
- MRI対応製品を含めペースメーカー、埋込み型除細動器を使用されている方は検査できません。

東京慈恵会医科大学附属病院 画像診断部
医療連携室

電話03-3433-1111 (内線3378)
電話03-5400-1202