

黄色部分の記載をお願いします。

## 見本

# MRI 検査前チェックリスト

MRI 検査は、狭いトンネルの中に入り、身体の断層写真を撮影する検査です。  
安全な検査を行うために、下記の項目にチェックをお願い致します。

予約日時 年 月 日

1	手術及び血管内治療を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
	上記が「はい」の場合→手術時期・部位はどこですか？（西暦 年頃、部位 ）	
2	体内に金属物がありますか？	はい ・ いいえ
	上記が「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 体内自動除細動器 <input type="checkbox"/> 体内神経刺激装置 <input type="checkbox"/> 深部脳刺激装置 <input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 止血クリップ <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> シャントチューブ <input type="checkbox"/> 血管内コイル・ステント <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 眼窩内金属異物(磁力で脱着する義眼含む) <input type="checkbox"/> その他（ ）	
3	入れ歯・磁性アタッチメントがありますか？	はい ・ いいえ
4	鍼灸治療を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
	上記が「はい」の場合 → 置き針等がありますか？	はい ・ いいえ
5	入れ墨（タトゥー等）がありますか？（アートメイクなど含む）	はい ・ いいえ
6	閉所恐怖症、てんかん発作、発汗障害などの既往がありますか？	はい ・ いいえ
7	妊娠、または妊娠の可能性がありますか？	はい ・ いいえ

【主治医記入欄】 MRI 検査（ 可 ・ 不可 ） 主治医：.....

### 【看護師記入欄】 検査当日チェック

	Ns	RT		Ns	RT		Ns	RT
補聴器			入れ歯			義手・義足		
メガネ			かつら			時計		
薬剤浸透性貼付剤			ヘアピン			カイロ		
化粧(特にアイメイク)			アクセサリ 注1			衣類 注3		
コルセット			装具			財布		
携帯電話			カギ			カード		
コンタクト			磁石入絆創膏 注2			その他( )		

注1：イヤリング・ピアス・ネックレス・指輪など

注2：エレキバン等

注3：金属のついている衣類(ブラジャーのホック・ズボンのファスナー等)や吸湿発熱繊維を含む衣類(ヒートテック等)

※更衣に関する注意

上記の物やポケット内の物を MRI 検査室内に持ち込まないよう検査着に着替えて頂きます。

年 月 日 説明看護師：..... 放射線科：.....



医療法人 順和 長尾病院

〒814-0153 福岡市城南区樋井川 3-47-1

TEL 092-541-2035 / FAX 092-541-2045