

ID 氏名 生年 月日 性別	検査日時											
	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%; text-align:center;">年</td> <td style="width:33%; text-align:center;">月</td> <td style="width:33%; text-align:center;">日</td> <td style="width:33%; text-align:center;">午前</td> <td style="width:33%; text-align:center;">時</td> <td style="width:33%; text-align:center;">分</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align:center;">午後</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	年	月	日	午前	時	分				午後	
年	月	日	午前	時	分							
			午後									
	依頼医師名											

MRI 検査を依頼される先生方へ

MRI 検査は、強磁場内でおこないます。検査による不慮の事故を避けるため、必ずご記入ください。

1, 患者の状態	
体重	Kg
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
仰臥位による安静(最低30分)	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
鎮静剤	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (薬剤名:
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
有の場合の鎮痙剤	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (薬剤名:
※入院患者様の場合、30分前までに投薬をおすすめ下さい。	
2, チェックリスト	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (禁忌)
人工内耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (禁忌)
脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (10年以上前のものは禁忌)
脳室腹腔シャント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (24時間以内に再設定必要)
ステント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原則として3ヶ月以内のものは禁忌)
その他、体内装着物の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
義歯以外の体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
入れ墨、パーマネントアイライン	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (色の鮮やかなものは危険)
眼球内金属粉塵混入の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原則として禁忌)
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (安全性については現在のところ不明なので妊娠初期は避けた方が無難)
3, 造影剤	
<input type="checkbox"/> 使用しない	
<input type="checkbox"/> 使用する	
造影剤使用歴 (MRI検査時)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
有の場合 副作用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
ぜんそくの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原則として禁忌)
ぜんそく以外のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬剤・食物・その他)
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()