



氏名()様 生年月日(年 月 日)生 年齢()歳 性別(男性・女性)

1, 患者の状態

体重 () Kg

移動 独歩 車椅子 ストレッチャー

仰臥位による安静(最低30分) 可 不可

鎮静剤 不要 要 (薬剤名:)

閉所恐怖症 無 有

有の場合の鎮痙剤 不要 要 (薬剤名:)

※入院患者様の場合、30分前までに投薬をおすませ下さい。

2, チェックリスト

手術歴 無 有 ()

心臓ペースメーカー 無 有 (禁忌)

人工内耳 無 有 (禁忌)

脳動脈クリップ 無 有 (10年以上前のものは禁忌)

脳室腹腔シャント 無 有 (24時間以内に再設定必要)

ステント 無 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 無 有 ()

義歯以外の体内金属 無 有 ()

入れ墨、パーマネントアイライン 無 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 無 有 (原則として禁忌)

コンタクトレンズ 無 有 (収納ケースをお持ち下さい)

妊娠の可能性 無 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

使用しない

使用する

造影剤使用歴(MRI検査時) 無 有 ()

有の場合 副作用の有無 無 有 ()

ぜんそくの有無 無 有 (原則として禁忌)

ぜんそく以外のアレルギー 無 有 (薬剤・食物・その他)

感染症 無 有 ()