



医療法人
有光会

サトウ病院 紹介患者様用MRI検査 チェック票

()年()月()日記入

氏名()様

生年月日()年()月()日生 年齢()歳 性別(男・女)

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

閉所恐怖症 ☐ 無 ☐ 有

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()