

MR I 検査の注意事項

● 検査を受けることができない方

装置により患者さまは大変強い磁場の中に身を置くことになります。
このため、装着金属によっては検査が禁忌となってしまうことがあります。

- ① 心臓ペースメーカーを埋め込まれている方
- ② 金属製の心臓人工弁をご使用されている方
- ③ 人工内耳（移植蝸牛刺激装置）、人工耳小骨をご使用されている方
- ④ 神経刺激装置（深部脳刺激装置、TENS装置）をご使用されている方
- ⑤ 除細動装置
- ⑥ 骨成長刺激装置
- ⑦ フリースタイルリブレ（グルコースモニタリングシステム）
- ⑧ 注入ポンプ等
- ⑨ 磁力により装着する義眼や磁力部分が着脱不能な義歯
- ⑩ 冠状動脈等に磁性体のステント挿入後2ヶ月未満の方
- ⑪ 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方

● 検査を受けることができない事があるため、当院担当医にお申し出ください

- ① 動脈瘤手術による金属クリップやコイル等
金属の材質をご確認下さい。材質のわからない場合は検査を受けることができません。
- ② その他の金属が体内にある方
眼などの外傷に鉄粉（弾丸や鉄片等）が残存する場合、その他の部位で材質が確認できない場合は検査を受けることができません。
- ③ 閉所恐怖症の方　：担当医にお申し出下さい。
- ④ 口腔インプラント・入れ歯をしている
- ⑤ 入れ墨のある方　：入れ墨では、火傷や絵が崩れる可能性がある為、担当医にお申し出下さい。

● 造影検査の場合

- ① アレルギーがある（造影剤、薬品、食べ物など）
- ② 喘息

その他不明点等ございましたら当院 放射線科までご連絡ください。

東海記念病院 放射線科
0568-88-0568（代表）

MRIチェックリスト

※下記の質問項目に該当するものにチェックを入れてください。又はご記入ください。

- ① 心臓ペースメーカーを埋め込まれている はい いいえ
- ② 金属製の心臓人工弁をご使用されている はい いいえ
- ③ 人工内耳、人工耳小骨をご使用されている はい いいえ
- ④ 神経刺激装置をご使用されている はい いいえ
- ⑤ 除細動装置をご使用されている はい いいえ
- ⑥ 骨成長刺激装置をご使用されている はい いいえ
- ⑦ フリースタイルリブレ（グルコースモニタリングシステム）を使用されている はい いいえ
- ⑧ 注入ポンプ等をご使用されている はい いいえ
- ⑨ 磁力により装着する義眼や磁力部分が着脱不能な義歯をご使用されている はい いいえ
- ⑩ 冠状動脈等に磁性体のステント挿入後2ヶ月未満の方である はい いいえ
- ⑪ 妊娠中もしくは妊娠の可能性がある はい いいえ
- ⑫ 動脈瘤手術による金属クリップやコイル等の材質の確認 記入してください
（ 材質： ）
- ⑬ 金属が体内にある はい（ ） いいえ
- ⑭ 閉所恐怖症である はい いいえ
- ⑮ 口腔インプラントを使用している はい（材質： ） いいえ
- ⑯ 入れ歯をしている はい いいえ
- ⑰ カラーコンタクトをしている はい いいえ
- ⑱ 入れ墨（アートメイクなど含む）がある はい いいえ
- ⑲ 前回検査をしたことがある（ 年 月 日）

● 造影検査

- ⑳ アレルギーがある はい（造影剤： 薬品： 食品： ） いいえ
- ㉑ 喘息がある はい いいえ

上記の項目は患者、もしくは患者をよく知る代理人がチェックを行いました。

別紙「MRI検査の注意事項」を受け取り、内容を確認しました。

* 造影MRIの場合、別紙検査同意書があります。

同意年月日： 20 年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

（患者さまとの関係：父母、配偶者、子、兄弟姉妹、保護義務者、法定代理人、その他 _____）

※患者さま本人が同意書に記載できない場合は、同意をした方が代理人氏名欄にのみご記入ください。

病院側チェック者： _____



医療法人社団喜峰会 東海記念病院
春日井市廻間町字大洞681-47 (0568) 88-0568