

# MRI検査 入室前確認表



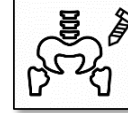




氏名: \_\_\_\_\_

性別: 男 女 記入日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日




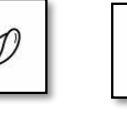




体重 \_\_\_\_\_ kg 身長 \_\_\_\_\_ cm

MRIは強力な磁力と電磁波を利用するため、金属類を身に着けていると危険です。  
 安全に検査を行うため必ず目を通し、**身に着けていない事を確認した項目に☑をして当日ご持参**下さい。なお、安全が確認できない場合、**検査を行えない場合がある**のでご了承下さい。









## 取り外しの出来ない金属

						
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・リード	<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ・コイル	<input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 骨折プレート・ポルト	<input type="checkbox"/> 美容整形による金糸等	<input type="checkbox"/> タトゥ・刺青	<input type="checkbox"/> 磁力装着義眼 <input type="checkbox"/> 事故等による体内への金属片・粉の混入	<input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> ハローベスト
<input type="checkbox"/> 除細動器						





## 頭部・顔部についている金属

							
<input type="checkbox"/> かつら <input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> ヘアピン <input type="checkbox"/> 金属の付いた髪留め	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> イヤリング	<input type="checkbox"/> 着脱可能な義歯・装具	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 金属成分が入っている化粧品・UVケア用品

## 体部・手足についている金属

							
<input type="checkbox"/> ネックレス	<input type="checkbox"/> ヒートテック <input type="checkbox"/> 金属の付いた衣服	<input type="checkbox"/> ブラジャー <input type="checkbox"/> 金属の付いた衣服	<input type="checkbox"/> エレキバン <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> 湿布	<input type="checkbox"/> 金属の付いたネイル・付け爪・マニキュア	<input type="checkbox"/> 時計	<input type="checkbox"/> 指輪	<input type="checkbox"/> パワーアンクル

## お手持ち品・その他

		
<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> 鍵	<input type="checkbox"/> ライター <input type="checkbox"/> 電子タバコ
		
<input type="checkbox"/> 財布 <input type="checkbox"/> 磁気カード	<input type="checkbox"/> 妊娠中、または妊娠の可能性がある	<input type="checkbox"/> その他、素材がわからないもの

## 看護師・医師要確認

<input type="checkbox"/> シリンジポンプ、輸液ポンプなどの医療機器	<input type="checkbox"/> 金属シーネ
<input type="checkbox"/> モニタ	<input type="checkbox"/> 気切カニューレ
<input type="checkbox"/> 酸素ボンベ	<input type="checkbox"/> 金属のついているドレー (金属バネ有りのもの)

◎ご記入ください◎

確認技師: \_\_\_\_\_