MRI検査時　入室チェックリスト【放・受付用】

～検査前に確認をお願いします～

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【医療器具等】

① 心臓ペースメーカー	**※検査不可**	□ あり	□ なし
② 心臓人工弁（1970年以前）	**※検査不可**	□ あり	□ なし
③ 人工内耳	**※検査不可**	□ あり	□ なし
④ 条件付きMRI対応ペースメーカー		□ あり	□ なし
⑤ 心臓に植込みされた医療器具（除細動装置など）		□ あり	□ なし
⑥ 脳動脈瘤クリップ・VPシャント(脳)		□ あり	□ なし
⑦ 血管内ステント・IVCフィルター		□ あり	□ なし
⑧ 消化管内クリップ （胃カメラや大腸カメラで入れたクリップ）		□ あり	□ なし
⑨ ホルター心電計・電極・体温計等		□ あり	□ なし
⑩ ニトログリセリン真皮浸透絆創膏（販売名：ニトロダーム）		□ あり	□ なし
⑪ 持続グルコース測定器（商品名：リブレ）		□ あり	□ なし
⑫ 義眼		□ あり	□ なし
⑬ 歯列矯正用具・入れ歯・インプラント等の義歯		□ あり	□ なし
⑭ 補聴器		□ あり	□ なし
⑮ DIBキャップ（膀胱留置カテーテルの栓）		□ あり	□ なし
⑯ その他の体内金属（人工関節など）		□ あり	□ なし

【装飾品等】

① ヘアピン、ネックレス、ピアス、腕時計、ブラジャー等	□ あり	□ なし
② エレキバン、カイロ、湿布等の貼付物	□ あり	□ なし
③ かつら、ウイッグ、増毛パウダー等	□ あり	□ なし
④ カラーコンタクトレンズ	□ あり	□ なし
⑤ 眼部の化粧（マスカラ・アイライン・まつげエクステなど）	□ あり	□ なし
⑥ 機能性肌着（ヒートテックなど）	□ あり	□ なし
⑦ 入れ墨	□ あり	□ なし
⑧ 妊娠中	□ はい	□ いいえ
⑨ 閉所恐怖症	□ はい	□ いいえ

※外来の患者さんは、検査当日、放射線部受付でスタッフにお渡しください。
※入院中の患者さんは、病棟または放射線部受付でスタッフにお渡しください。

ご不明な点は、ＭＲＩ検査担当者にお気軽におたずねください。

問い合わせ）公立置賜総合病院　0238-46-5000　　放射線部受付　1300　　MRI室1320