熊本託麻台リハビリテーション病院

# MRI検査前チェックシート

MRIの安全な検査を行うため、下記の項目を確認し確認者の署名をお願いします。

(患者ID)　　(患者氏名)　　(検査予定日)　　(検査予定時間)

| | 確認項目(印刷後チェック記入) | あり | なし | 未確認 | 詳細確認事項 |
|---|---|---|---|---|---|
| 医師 | **心臓ペースメーカー** | □ | □ | □ | **太枠は禁忌**<br>**(太枠に「あり」がある場合は検査出来ません。)** |
| | **埋め込み型除細動器** | □ | □ | □ | |
| | **人工内耳** | □ | □ | □ | ※磁性体ではないことの確認 |
| | **SCS装置　DBS装置** | □ | □ | □ | ※心臓人工弁600番以前の製品禁忌 |
| | **可動性義眼** | □ | □ | □ | ※DDテューマーはステンレスメッシュ |
| | **尿管ステントDDテューマー** | □ | □ | □ | ※可変式バルブは前後で圧確認必要 |
| | LP・VPシャント | □ | □ | □ | ※手術既往：金属縫合・ステープル |
| | 脳動脈瘤クリップ | □ | □ | □ | ※詳細確認 |
| | 頚動脈ステント | □ | □ | □ | |
| | 心臓ステント | □ | □ | □ | ※ペースメーカーはMRI適応であっても当院では不可 |
| | 心臓人工弁 | □ | □ | □ | |
| | 消化管吻合クリップ | □ | □ | □ | 部位　(　　) |
| | 人工骨頭・関節 | □ | □ | □ | 身長　(　　cm)　体重　(　　kg) |
| | 整形のインストルメント | □ | □ | □ | |
| | その他体内金属 | □ | □ | □ | **備考 |
| | 閉所恐怖症 | □ | □ | □ | |
| | 確認医師　(　　) | | | | 確認日　(　　) |
| 看護師 | 弾丸片・体内金属物 | □ | □ | □ | 戦争や事故等負傷経験の確認 |
| | インプラント・入れ歯 | □ | □ | □ | 材質の確認が必要　磁石タイプの有無：□有　□無　□不明 |
| | 刺青・アートメイク | □ | □ | □ | 染料に金属が含まれている場合 |
| | 発汗障害 | □ | □ | □ | 体温調節ができない方 |
| | 妊娠の可能性 | □ | □ | □ | 14週以下禁忌　最終月経(　　) |
| | 磁性体避妊具 | □ | □ | □ | |
| | 確認看護師　(　　) | | | | 確認日　(　　) |

## 検査当日確認項目

| | 確認項目(印刷後チェック記入) | 看護師 | 技師 | |
|---|---|---|---|---|
| 看護師・技師 | **患者様携帯物** | | | ※検査室内に金属等持ち込み出来ません<br>時計・貴金属・メガネ・磁気カード・補聴器・携帯電話・IC機器・下着・衣類の装飾・エレキバン・<br>経皮吸収貼付剤等<br>※検査着に着替えて撮影します。 |
| | **衣類** | | | |
| | **皮膚装着物** | | | |
| | **コンタクト** | | | |
| | **入室前ネームバンドの確認** | | | |
| | 確認サイン | | | |

| | |
|---|---|
| 備考 | ＊検査前の排尿は済んでいますか？　(　　)<br>＊検査前の説明は聴かれていますか？　(　　)　技師確認　(　　) |

※記入後はスキャンしてください。

平成28年9月