

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
心臓ペースメーカー				<p>太枠は禁忌 (太枠に「あり」がある場合は検査出来ません。)</p> <p>※磁性体ではないことの確認</p> <p>※心臓人工弁600番以前の製品禁忌</p> <p>※DDチューマーはステンレスメッシュ</p> <p>※可変式バルブは前後で圧確認必要</p> <p>※手術既往：金属縫合・ステープル</p> <p>※詳細確認</p> <p>※ペースメーカーはMRI適応であっても当院では不可</p> <p>部位 ()</p> <p>身長 (cm) 体重 (kg)</p> <p>**備考</p>
埋め込み型除細動器				
人工内耳				
SCS装置 DBS装置				
可動性義眼				
尿管ステントDDチューマー				
LP・VPシャント				
脳動脈瘤クリップ				
頸動脈ステント				
心臓ステント				
心臓人工弁				
消化管吻合クリップ				
人工骨頭・関節				
整形のインストルメント				
その他体内金属				
閉所恐怖症				
確認医師 ()				確認日 ()
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	
患者様携帯物			<p>※検査室内に金属等持ち込み出来ません</p> <p>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・</p> <p>経皮吸収貼付剤等</p> <p>※検査着に着替えて撮影します。</p>
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？ ()

*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。