

# MRI 検査安全チェックシート

(わかれば)

検査日 \_\_\_\_\_ 糸病 ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg

**当院での禁忌事項※ すべて無し※チェックが無いと検査はお引き受けできません**

- ・心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 残存リード線※1
- ・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置※1
- ・脊柱管内リード線、脊髄刺激装置※1
- ※1MRI 対応品であっても当院では施設認定の基準を満たさないなどの理由から検査をお受けすることができません。
- ・埋込式インスリンポンプ・持続式グルコース測定器※2
- ※2 取外しができるタイプであってもこちらでは再装着の対応はできません。
- ・チタン製以外の脳動脈瘤クリップ
- ・圧可変式バルブシャント※3 ※3 検査後に調整が必要なため専門診療科受診をお願いします。
- ・留置 8 週以内のステント ・ フィルター ・ コイル ・ 人工血管 ・ 人工心臓弁
- ・1970 年以前のスターエドワード社製人工心臓弁
- ・留置 4 週以内の消化管止血クリップ・マーキングクリップ
- ・可動型義眼
- ・K ワイヤ
- ・眼や心臓など決定臓器に位置する外傷等による金属片（鉄片や銃弾破片など）
- ・金属製避妊リング
- ・閉所恐怖症の方※4 ※4 入眠措置が必要な場合は専門診療科受診をお願いします。
- ・妊婦への造影
- ・詳細不明な体内外磁性体金属・電子デバイス

**注意事項 該当項目がある場合✓をお願いします**

- 手術による体内金属 発熱・画像の乱れが起きる可能性があります。
- 禁忌項目以外の体内外金属・電子デバイス  
 ステントや心臓データレコーダなどには、添付文書上、検査に制限※がかかるとの記載がある場合があり、ルーチン検査が行えないことがあります。 ※SAR,時間、シーケンス数など  
 お手数ですが、お調べいただいた情報を、[条件付き検査可能欄]にご記入ください。
- 増毛パウダー 磁性体を含み、装置破損を引き起こす可能性あり。必ず落として来院願います。
- 刺青・タトゥー 変色・発熱の恐れがあることをご説明願います。

上記項目を確認の上、今回 MRI 検査について以下のように判断します。

- 検査可能
- 条件付き検査可能 メーカー名・製品名 \_\_\_\_\_ SAR 上限 \_\_\_\_\_ W 時間制限 \_\_\_\_\_ 分

確認日 \_\_\_\_\_

確認依頼医師氏名 \_\_\_\_\_