ＭＲＩ検査事前チェック表

患者ID　　検査日

ふりがな　　予約時間

お名前　　性別　男 ・ 女

生年月日　　年　　月　　日　　年齢　　歳

1) 以下の「金属類や人工的なもの」を身につけていれば、〇で囲んでください。

① 入れ歯	⑭ 磁力で脱着する義歯、インプラント（歯科の確認必要）
② 補聴器	⑮ つけ爪　ジェルネイル　（外してください）
③ 義眼	⑯ かつら　増毛スプレー
④ カラーコンタクトレンズ（ディファイン含む）	⑰ ヘアピン　ピアス　指輪
⑤ 義肢(義足、義手など)	⑱ エクステ　まつげエクステ
⑥ 尿道留置カテーテル(キャップ金属タイプ、センサー付)	⑲ アイメイク（アイシャドー、マスカラ）
⑦ 鍼（はり）治療の針（置き針）	⑳ アートメイク（アイライン、眉毛、目じり）、入れ墨
⑧ ホッカイロ	㉑ コルセット
⑨ 貼り薬　（エレキバン、シップ等）	㉒ 避妊用リング（ペッサリー：不可、ミレーナ：可）
⑩ 持続インスリン測定器(リブレ等)	㉓ 携帯電話　時計　キャッシュカード　ICカード等
⑪ 心電図モニタ、血中酸素モニタ	㉔ 手術後ステプラ、医療用ホチキス
⑫ 保温下着（ヒートテック）	㉕すべて該当せず　→　確認済
⑬ 歯科矯正	

※以下はスタッフ記入欄

2) 心臓ペースメーカー（MRI対応型含む）　有 ・ 無　→ □胸部X-P確認済

3) 体内金属、埋め込みデバイス、電子機器等　有 ・ 無

※ 有の場合、MRI検査可能を確認した → □確認済　□未確認（検査不可）

担当技師　　担当看護師

※このチェック表は検査当日に、MRI検査担当技師にお渡しください
※分からないことはご遠慮なくお尋ねください

羽生総合病院　放射線画像診断科　MRI室　TEL.048-562-3000 《内線1102》