

MRI チェックリスト

1. 心臓ペースメーカー (有 ・ 無)
2. 心臓人工弁 (有 ・ 無)
3. 脳内動脈瘤クリップ (有 ・ 無)
4. シヤント (有 ・ 無)
5. 人工内耳 (有 ・ 無)
6. 眼外傷 (鉄粉等 (有 ・ 無)
7. 入れ墨 (有 ・ 無)
8. 人工骨頭、関節 (有 ・ 無)
9. 胃、腸吻合 (クリップ、ペッツ) (有 ・ 無)
- 上記体内金属の有の場合 種類 ()
- 1 1. 閉所恐怖症 (有 ・ 無)
- 1 2. 不整脈 (有 ・ 無)
- 1 3. その他 (有 ・ 無)

有の場合は具体的に

2 0 年 月 日

上記に相違ありません。

患者様署名 _____

検査施行可

問診医署名 _____