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．シャント | （　　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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| １１．閉所恐怖症 | （　　有　　・　　無　　　） |
| １２．不整脈 | （　　有　　・　　無　　　） |
| １３．その他 | （　　有　　・　　無　　　） |
| 　有の場合は具体的に |  |

２０　　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

社会医療法人垣谷会　明治橋病院　　　放射線科　MRI室

〒580-0045　松原市三宅西1-358-3　TEL　072（334）8558 （代）