

放射線部検査事前確認事項シート

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
------	--	-----	------	-------

単純MRI検査用

確認事項	回答欄		特記事項
妊娠	あり	なし	妊娠12週以内は検査不可
体内金属・医療機器	あり	なし	体内金属の有無及びMRI対応／非対応について記載のない場合は検査不可
	→下記のどれですか？(当てはまるものに○) クリップ・コイル・ステント・人工関節・その他(3ヵ月以内の内視鏡検査(大腸・胃カメラ等)における止血クリップ) →それはMRI対応品ですか？(当てはまる方に○) いいえ	はい	
※注意事項 CIED's(ペースメーカー等)・神経刺激装置・脊髄刺激装置・人工内耳			左記挿入患者は検査不可

貴院にて上記をご確認いただいた方のお名前の記載をお願いします。 医療機関名 _____ 氏名 _____

※ペースメーカーの入っている方の予約の際はペースメーカー手帳の機種名が載っているページを申し込み時に必ずFAXしてください。