

MRI検査前チェックシート

検査日 令和 年 月 日 ()

身長 cm

氏名

性別 男 女

年齢 歳

体重 Kg

はい・いいえのいずれか該当する方に○を付けてください。また、該当する箇所に記入してください。

① 心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器を使用されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 人工内耳を使用されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③ 身体の中に手術等により以下の金属が入っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> ピン <input type="checkbox"/> フィルター <input type="checkbox"/> 大腸カメラのクリップ <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> ボルト <input type="checkbox"/> 手術クリップ <input type="checkbox"/> 薬剤注入装置（リザーバー） <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> シャントバルブ <input type="checkbox"/> 歯科インプラント <input type="checkbox"/> プレート <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> その他 ()	() 年前
④ 上記③以外で身体の中に金属が入っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 鍼治療の置き針 <input type="checkbox"/> 事故・けが・仕事による金属片や金属粉等 <input type="checkbox"/> 女性用避妊リング <input type="checkbox"/> その他 ()	() 年前
⑤ 刺青をしていますか？（化粧アイライン・まゆずみ含む。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 今までに手術を受けられた事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
手術名： ()	() 年前
⑧ 脱着可能なものはありますか？（検査前に外してもらいます。）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> カツラ <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 義足 <input type="checkbox"/> 義手 <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> カラーコンタクト <input type="checkbox"/> その他 ()	()
⑨ 上記⑧以外で検査当日外すのが困難なものはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
<input type="checkbox"/> 指輪 <input type="checkbox"/> ネイル <input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> マスカラ <input type="checkbox"/> つけまつげ <input type="checkbox"/> エクステーション <input type="checkbox"/> その他 ()	()

注意：外してから来院してください。

※ 本人又は代理人のご署名をお願いします。

上記にチェックし、検査に支障のないことを確認しました。

令和 年 月 日

患者様氏名

代理人氏名 続柄 ()

上記項目を確認しましたので、MRI検査をお願いします。

依頼医師 印

【西脇病院記入欄】

患者ID	確認者コメント
<input type="checkbox"/> 検査前チェックシートを確認しました。	
確認者名	