

MRIチェックリスト

ID.		検査日時	年	月	日()
氏名		来院時間	時	分	
担当医師		検査時間	時	分	

※キャンセルの際は予約時間前に必ずご連絡ください。 ※こちらの用紙を検査当日ご持参ください。

枠内全ての項目にご記入ください。

★心臓ペースメーカーを使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
★脳動脈クリップを使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
★磁石を使ったインプラント・義歯を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
★体内に金属、異物がありますか(手術、事故など)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
★極度の閉所恐怖症ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
★妊娠の可能性はありますか(女性の方のみ)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
★約40分程度、検査中の静止が可能ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
<hr/>		
○補聴器を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
○入れ歯(取り外し可能なもの)を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
○カラーコンタクトを使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
○アートメイク・入れ墨をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
※(当日の検査時のみ)シップ・カイロ等を使用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
体重	kg	腹囲(おへそ周り)
		cm

- ◆体格が大きい方(おへそ周りが110cmを超える方)は撮影が困難となる場合があります。予めご了承ください。
- ◆検査時間は30~40分程度です。(検査内容により、前後することがあります。)
- ◆緊急の検査等により、検査開始時間が遅れる場合がございます。予めご了承ください。
- ◆15分以上の遅刻はキャンセルとさせていただきます。予めご了承ください。
- ◆入れ墨は、検査によって変色する場合があります。ご了承ください。
- ◆ヘアピン・かつら・置き針・シップ・カイロ等は、画像に影響が出るため、検査前にはずしていただきます。検査当日はできる限り着用しないでください。
- ◆カラーコンタクトレンズは検査前にはずしていただきますので、保存容器をご持参ください。
- ◆インプラント・義歯をご使用の方で、MRI検査が可能であることを証明するもの(歯科の診察カード・証明書)をお持ちの方は、ご持参ください。
- ◆衣服に金属がある場合は、検査着に着替えていただきます。

医療法人社団 優愛会 目黒ゆうあいクリニック 放射線科

〒153-0065 目黒区中町 2-30-5 敦岡ビル TEL 03-3710-6119/FAX 03-3710-6219