

MRIチェックリスト

I D	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下さい。

太枠内すべての項目を書いて下さい

★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、事故等)	<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"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

○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
○シップ・カイロ等使用していますか(当日のみ)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
体重	_____	kg

◆入れ墨は、検査によって変色する場合があります。ご了承下さい。

◆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)

◆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、検査前にはずして頂きます。検査当日は、できる限り着用しないで下さい。

◆カラーコンタクトレンズは検査前にはずして頂きますので、保存容器をご持参下さい。

◆衣服に金属がある場合は、検査着に着替えて頂きます。

◆インプラント・義歯をご使用の方で、MRI検査が可能な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、ご持参下さい。

◆緊急の検査等により、予約時間が遅れる場合がございます。予め、ご了承下さい。

◆**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、ご了承下さい。**

◆**この用紙を当日お持ち下さい。**