

# MR | 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
○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 _____ k g		

- ◆ **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40分程度です。（ただし、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。**
- ◆ **検査時間を過ぎた場合はキャンセルとさせていただきます。**
- ◆ **かつらやふりかけ式の増毛パウダーや白髪かくしなどは検査失敗や機器故障の原因となりますので、検査当日は使用しないでください。**
- ◆ **カラーコンタクトレンズを着用したまま検査しますとやけどの恐れがあるため、検査前に外していただきます。ご自身で保存容器の準備をお願いいたします。**
- ◆ **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。**
- ◆ **衣服に金属がある場合（ヒートテック等）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

（お電話受付時間：平日 9:30～12:30/15:00～17:30 土曜 9:30～12:00）