ＩＤ　　氏名　　検査日

MRI検査前チェックリスト

条件付きMRI対応不整脈デバイス埋込患者様用

① **確認後、チェック ☑ をつけてください　※チェックがつけられない項目はご相談下さい**

☐ MRI対応ペースメーカと明示されたカード、およびペースメーカ手帳を持参している
　※ 検査直前に、循環器内科医師によるペースメーカチェックを行います
　　ペースメーカの設定や状態によっては、検査が受けられない場合があります

☐ 内視鏡検査によりクリップを入れていない

☐ コンタクトレンズはしていない、または取り外している
　※ コンタクトレンズ容器を忘れた方はご相談ください

☐ お化粧、手足のネイルケアはしていない
　お化粧品には金属イオンを含んだものが多く、やけど等の危険性があります
　※お化粧をされている方は洗顔・ふき取りをお願いしています

☐ 貼り薬（シップ薬、その他の治療薬）はついていない

☐ 補聴器や装具（義手、義足等）はしていない
　※装着されている方は直前に取り外していただきますのでご相談ください

☐ 入れ歯はしていない　※ 装着されている方は取り外しをお願いしています

☐ 遠赤外線、または保温性が非常に高い衣類(ヒートテック等)や下着はついていない

☐ その他金属類(時計、アクセサリー、かつら、ヘアピン、エレキバン、カイロ等)はついていない

② **以下のものを装着していたり、該当する項目があれば○をつけてください**

・脳動脈瘤クリップ　・バルブ式シャント(脳外科)　・血管内コイル
・義眼　・歯科インプラント　・歯科矯正
・人工内耳　・胸骨ワイヤー　・人工心臓弁
・金属ステント　・人工関節　・金属プレート
・カプセル内視鏡　・尿道カテーテル
・置き針　・持続グルコース測定器や埋込式ポンプ類（インスリンポンプ等）
・その他、手術・治療等による体内金属（　　）
・金属加工業に従事した経験があり、眼内等に微細金属片が残っている可能性がある
・金属片による負傷の経験があり、体内に金属片が残っている可能性がある
・妊娠中、または可能性がある
・入れ墨・アートメイクをしている
・閉所恐怖症である

③ **上記枠内について、以下の該当箇所にチェック ☑ をつけてください**

☐ すべて該当しない
☐ 一部該当するが、MRI検査は可能と医師に言われた
☐ 一部該当するが、以前にもMRI検査を行った
☐ 一部該当するが、医師には相談していない

④ **造影検査の方のみ、ご確認ください**

☐ 絶食している（MRCPの場合、4時間前より絶飲食している）
☐ 造影検査の同意書・問診票を記入の上、持参している

⑤ ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　体重＿＿＿＿kg　ご協力ありがとうございました