

MRI検査事前チェックシート

～ MRI 検査を受けられる患者様へ ～

この用紙は、MRI検査を迅速かつ安全に受けていただくためのチェックシートです。
各項目は、検査に対して重要な項目になります。事前に記入の上、検査当日お持ち
いただき検査担当スタッフにお渡しください。ご協力の程よろしく願いいたします。
また、お答えいただいたこのシートは情報の漏洩がないよう万全の管理のもと保管
いたしますのでご安心下さい。

・以下の項目について＜はい、いいえ＞でお答えください。

- | | | | | | |
|---|--|---|----|-----|---|
| ① | 今までにMRI検査を受けたことはありますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ② | 検査中大きな音がしますが耳栓はご使用になりますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ③ | 検査中狭い所に入りますが閉所恐怖症はありますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ④ | 入れ墨、タトゥー、アートメイク等をしていますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| | ※アートメイクの場所によっては落としていただく場合もあります。 | | | | |
| ⑤ | マグネットネイル・ジェルネイルをしていますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| | ※金属を含んでいる場合、発火の可能性がある為、落としていただきます。 | | | | |
| ⑥ | 身体にヘアピン、ネックレス、ピアス（ボディーピアスを含む）等のアクセサリーを身
に付けていますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ⑦ | 入れ歯（インプラントを含む）をしていますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ⑧ | 補聴器をしていますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ⑨ | 現在、貼り薬・カイロ・エレキバンをしていますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ⑩ | 手術をしたことがありますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |

＜はい＞とお答えした方にお尋ねします。

※いつ頃）

手術内容）

- | | | | | | |
|---|----------------------|---|----|-----|---|
| ⑪ | 血管カテーテル検査をした事がありますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ⑫ | 体内に金属はありますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |

（心臓ペースメーカー、人工内耳、脳動脈瘤クリップ、人工関節等）

＜はい＞とお答えした方にお尋ねします。

※具体的に教えてください。）

- | | | | | | | |
|---|----|---|-----|----|---|-----|
| ⑬ | 身長 | < | cm> | 体重 | < | kg> |
|---|----|---|-----|----|---|-----|

ここからは女性の方のみにお尋ねいたします。

- | | | | | | |
|---|------------------|---|----|-----|---|
| ⑭ | 避妊リング等をしていますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |
| ⑮ | 現在、妊娠の可能性はありますか？ | ＜ | はい | いいえ | > |

令和 年 月 日

患者様名：

以上になります。ご協力ありがとうございました。

ふれあい横浜ホスピタル 放射線科

令和4年9月1日改訂