

脳ドックMRI 禁忌チェック票

1 患者情報

患者氏名 : _____ (ID: _____)
生年月日 : S・H・R 年 月 日

2 禁忌確認

脳ドックでは、脳のMRI検査を行います。
MRI検査は、強い磁気の中で検査を行うため、次の項目に該当する場合、吸着・故障・やけど等の危険性があることから、MRI検査を受けることができません。

	なし	あり	
①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー
②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	植込型除細動器
③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工内耳
④	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	眼などに金属片
⑤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	磁石を用いたインプラント (入れ歯等)
⑥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳室内シャント
⑦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義眼
⑧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アートメイク (アイライン等)
⑨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳動脈瘤クリップ/コイル
⑩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓人工弁
⑪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CVポート
⑫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステント (脳・心臓・大動脈・下肢血管・尿管・その他 [_____])
⑬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工関節 (部位: _____)
⑭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	プレート (部位: _____)
⑮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ボルト (ねじ) (部位: _____)
⑯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	内視鏡クリップ (内視鏡検査日: H・R 年 月 日)
⑰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	刺青 (いれずみ)
⑱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他の体内金属 (_____)
⑲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症
⑳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠中または妊娠の可能性 (女性のみ)

※ 原則、上記全てが「なし」であること。

確認日: 令和 年 月 日

確認者: _____