

## 医療者用 MRI チェックリスト（検査後カルテ貼付）

検査日 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

**1) 体内に以下のような医療による金属類、機械、人工物がありますか？**

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器	いいえ・はい ※“はい”の場合検査不可
人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	いいえ・はい ※“はい”の場合検査不可
脊柱管内リード線、脊髄刺激装置	いいえ・はい ※“はい”の場合検査不可
脳動脈瘤クリップ	いいえ・はい（手術 年頃）
心臓や血管内の金属類、人工物 （リード線・コイル・ステント・人工血管・フィルターなど）	いいえ・はい
人工心臓弁	いいえ・はい（手術 年頃）
圧可変式バルブシャント	いいえ・はい
消化管止血クリップ・マーキングクリップ	いいえ・はい
人工骨頭・人工関節・プレート・釘など整形外科手術金属	いいえ・はい（部位 ）
胆道、食道、気管などの金属ステント	いいえ・はい（部位 ）

**2) 体内に外傷による金属片（鉄片や銃弾破片など）がありますか？** いいえ・はい

**3) 妊娠または妊娠の可能性がありますか（女性のみ）？** いいえ・はい 確認日

**4) 閉所恐怖症ですか？** いいえ・はい 確認者

**5) ①外来からの案内時もしくは病棟出棟時、および②MRI 室に来室時に以下の金属類や人工物がないかダブルチェック確認をしてください（①□は看護師や医療スタッフ、②○は放射線技師）**

- 入れ歯   補聴器   装飾品（メガネ・腕時計・ヘアピン・ネックレス・ピアス・指輪）  
ペースメーカー ICD   磁気カード   鍵、硬貨   コルセット   カラーコンタクト  
貼り薬、エレキバン、カイロ   刺青、タトゥー   杖・義手・義足   その他（      ）

検査当日 確認者①

確認者②放射線技師

**6) 患者入室時、医療従事者自身の磁性体や以下の備品の持ち込みがあるか？** いいえ・はい

- ストレッチャー   ○車イス   ○点滴台   ○輸液・シリンジポンプ   ○酸素ボンベ

検査時 放射線科 確認者 上記放射線技師に同じ・

**7) その他検査時の指示・注意点など（SpO2 監視の要・不要や術歴詳細など）**

特になし

あり