

医療者用 MRI チェックリスト（検査後カルテ貼付）

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ID _____ 患者氏名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg（検査に必須）

1) 体内・外に以下のような医療による金属類、機械、人工物はありますか？

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器	いいえ・はい	<small>※“はい”の場合検査不可</small>
人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	いいえ・はい	<small>※“はい”の場合検査不可</small>
脊柱管内リード線、脊髄刺激装置	いいえ・はい	<small>※“はい”の場合検査不可</small>
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)
持続血糖測定装置・インスリンポンプ	いいえ・はい	<small>※“はい”の場合本体は取り外す</small>

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 看護師・技師でダブルチェック確認をしてください（①□は看護部②○は放射線科）

- 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 ○カツラ・ウィッグ ○増毛パウダー・スプレー（洗髪が必要）
○刺青・タトゥー ○杖・義手・義足 ○その他（ ）

検査当日 看護部確認者

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

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（

放射線科 確認者