**MRI検査チェックリスト（医院確認用）**

**検査日　　　　年　　　月　　　日**

**患者氏名　　　　　　　　　　　様**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 心臓ペースメーカー・除細動器 | なし | あり→**検査不可** |
| 2 | 圧可変式バルブシャントチューブ（水頭症の手術） | なし | あり→**検査不可** |
| 3 | 人工内耳 | なし | あり→**検査不可** |
| 4 | 体内電子機器（神経刺激装置、骨成長刺激装置等） | なし | あり→**検査不可** |
| 5 | 妊娠 | なし | あり→**検査不可** |
| 6 | 弾丸破片・金属片の混入（製鉄、金属加工業などの職歴→よく問診を） | なし | あり→**検査不可** |
| 7 | 脳動脈瘤クリップ | なし | あり→**検査不可** |
| 8 | 人工心臓弁 | なし | あり→1989年以前→**検査不可**1990年以降→検査可 |
| 9 | ステント・コイル・フィルター | なし | あり→留置2か月以内→**検査不可**留置2か月以上→検査可 |
| 10 | 止血クリップ | なし | あり→留置2か月以内→**検査不可**留置2か月以上→検査可 |
| 11 | 磁力で付着する義眼磁力で脱着する義歯やインプラント | なし | あり→体側に磁石がある場合は**検査不可**外れる側に磁石がある場合は検査可 |
| 12 | 美容整形用材料、置き針（針治療） | なし | あり→**検査不可** |
| 13 | MRI非対応の金属が使用されている医療材料（イレウス管・EDチューブ・気管内チューブ・温度センサー付きフォーレなど先端に金属球がついているもの） | なし | あり→**検査不可** |
| 14 | 入れ墨・アートメイク | なし | あり→**検査不可** |
| 15 | アルミの付いた貼り薬（ニコチンパッチ・ニュープロパッチ・ニトロダーム・ノルスパンテープ等） | なし | あり→外せない→**検査不可**外せる→検査可 |
| 16 | その他体内金属　種類：　　　　　　　　部位：　 | なし |  |
| 備考 |

**確認医師名**