

新潟県立新発田病院MRI検査安全確認票

依頼医療機関名 _____

依頼医師氏名 _____

患者(又は代理人)氏名 _____ (続柄 _____)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※①から⑭の項目で該当するものにチェックをお願いします。

①心臓にペースメーカーや植え込み型除細動器はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
②聴覚に障害があり、人工内耳を埋め込む手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
③その他の神経刺激装置、骨成長刺激装置などがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
④糖尿病で持続グルコース測定器やインスリンポンプを装着していますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑤水頭症で脳室－腹腔シャントを埋め込む手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑥頭部の動脈瘤の手術でクリップを使用していますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑦心臓に人工弁を置換する手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑧（検査日までの）6週以内に血管内ステントを挿入する手術を受けましたか？ または、受ける予定がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑨（検査日までの）2週以内に内視鏡によるポリープ切除で止血クリップを使用 しましたか？または、受ける予定がありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑩磁石で脱着する義眼や義歯(入れ歯)はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑪過去に金属片が刺さり、体内に残っている可能性はありますか？ または体内に弾丸や美容整形による金属糸はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑫入れ墨やアートメイクはありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑬閉所恐怖症はありますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑭※女性のみ——（妊娠週数13週以内の）妊娠をしていますか？	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記①から⑭までの項目で**あり**の項目がある方はMRI検査を受けることができない可能性があります。

上記①から⑭までの項目で**あり**に該当する場合や検査に関して不明な点がある場合は、以下の連絡先まで連絡をお願い致します。

新潟県立新発田病院放射線科
0254-22-3121(内線1601)