

# 磁性体確認票

\* ボールペンで記入

MRI 検査は強力な磁場により撮影します。安全に検査を受けていただくために必ず下記をご記入頂きますようお願いいたします。当てはまるものに○を付けて下さい。

1) 以下の項目に該当する方は、当院でMRI検査を受けることができません。

心臓ペースメーカー	有 ・ 無	人工内耳	有 ・ 無
神経刺激装置の埋め込み	有 ・ 無	冠動脈などステント挿入後	有 ・ 無
体内埋め込み式インスリンポンプ	有 ・ 無	3ヶ月未満	
ジェルネイル or マグネットネイル(注1)	有 ・ 無		

\* 妊娠もしくは妊娠の可能性のある方はお問い合わせください

\* (注1) 皮膚の火傷や変色、火花が散る恐れがあります。

2) 磁性体について

◆血管や管腔臓器内の金属 (フィルター、コイル、ステントなど 部位( ))	有 ・ 無	◆口腔インプラント・義歯	有 ・ 無
		◆(磁石の使用) 人工関節・ボルト(部位 )	有 ・ 無
◆人工心臓弁	有 ・ 無	補聴器	有 ・ 無
◆脳動脈(瘤) クリップやコイル	有 ・ 無	カラーコンタクト	有 ・ 無
◆シャントチューブ	有 ・ 無	刺青(アートメイク含)	有 ・ 無
◆義眼	有 ・ 無	体内にある金属片	有 ・ 無
◆歯科矯正器具	有 ・ 無	頭髪パウダー (又は増毛パウダー)	有 ・ 無
◆その他(上記以外の磁性体)			

注) ◆はあらかじめ、治療を受けた医療機関に MRI 検査が可能かお問い合わせして下さい。

注) 検査前に外して頂くもの：

カラーコンタクト・義歯・薬剤浸透絆創膏 (心臓の薬・湿布・テープ類)・磁気治療用品・金属アクセサリ(ピアス・ネックレス・イヤリング・指輪)・アイメイク(マスカラ・アイライン・ラメの入ったアイシャドウなどは使用を控えてください)・金具・金属が付いている着衣 (ブラジャー・ベルト・ヒートテック・一部のサポーター)

上記は過熱し火傷の原因となったり、撮影した画像に虚像が発生します。取り外して頂くようご協力ください。

注) 増毛パウダーを使用されている方は、検査当日は使用しないでください。

(頭部に振りかける粉状のもの全般) MRI の故障の原因になります。

3) 閉所恐怖症について

閉所恐怖症	有 ・ 無
閉所恐怖症がある方は安定剤の服用を希望しますか	はい ・ いいえ

\* 安定剤を服用した場合、3 時間以上は車の運転を控えて頂きます。バス・タクシーをご利用下さい。

以上の内容について相違のない事に、ご署名をお願いします。

令和 年 月 日 氏名